Menon Economics

KS FoU

RAPPORT

Helsedataforordningen (EHDS) - konsekvenser for kommunesektoren

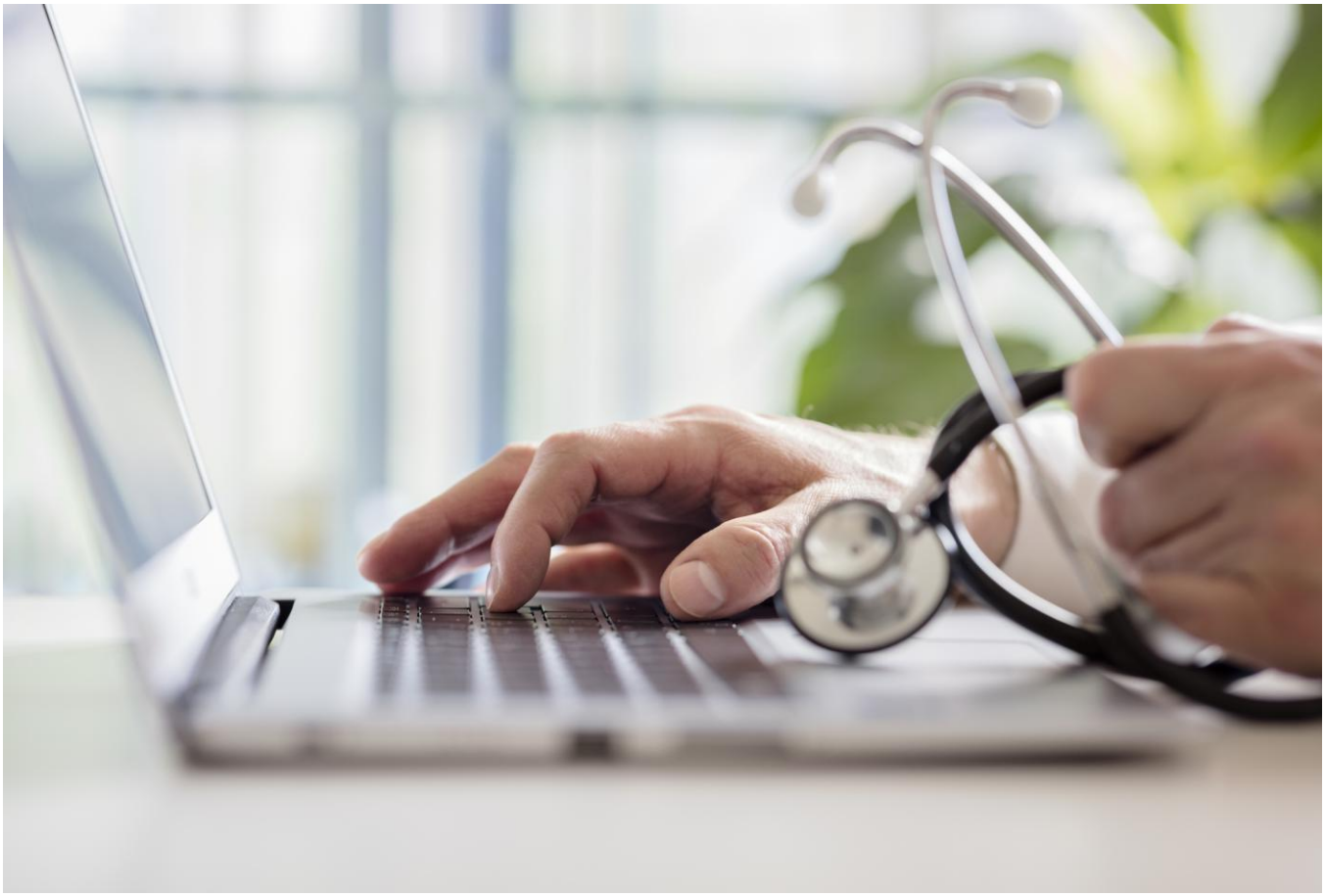


Foto: BrianAJackson, iStockphoto

Menon-publikasjon Nr. 78 2026

Innhold

Forord 2

Sammendrag 3

Ordliste 5

1 Innledning 6

1.1 Bakgrunn 6

1.2 Tilnærming og metode 6

2 Overordnet om EHDS 8

2.1 Formålet med EHDS 8

2.2 Skillet mellom primær- og sekundærbruk 9

2.3 Forordningens inndeling av krav 9

2.4 Norsk tolkning og minimumsløsning 10

3 Konsekvenser for kommunene knyttet til helseforvaltningens minimumsløsning 14

3.1 Sammenhengen mellom de seks områdene 14

3.2 Pasientoppsummering 15

3.3 E-resept og utleveringsinformasjon 17

3.4 Innbyggers rettigheter 18

3.5 Fellestjenester 19

3.6 Sekundærbruk av helsedata 20

3.7 Myndighetsfunksjoner og markedskrav 22

4 Kostnadsanalyse – minimumsløsning 24

4.1 Samlede kostnader av EHDS 25

4.2 Kostnader for kommunene 29

4.3 Usikkerhet og begrensninger i kostnadsanalysen 32

5 Hva kan påvirke konsekvensene for kommunene? 35

5.1 Drivere for kostnader og kompleksitet i innføringen av EHDS 35

5.2 EPJ-markedets betydning for kostnader og gjennomføring 36

5.3 Uavklart finansiering skaper risiko for at kostnader skyves til kommunene 37

5.4 Kommunenes tilgang til data kan påvirke nytten av EHDS 38

5.5 Samlet vurdering 38

6 Anbefalinger for kommunesektorens håndtering av EHDS 40

6.1 Anbefalinger 40

6.2 Veikart for kommunesektoren 42

Referanser 46

Forord

På oppdrag for KS har Menon Economics, A2-Norge, og Simonsen Vogt Wiig gjennomført en analyse av konsekvenser og kostnader av EHDS for kommunesektoren.

Ansvarlig for prosjektet hos Menon har vært Kristoffer Midttømme, mens Christina Lønstad har vært prosjektleder. Erland Skogli og Øyvind Snilsberg har vært prosjektmedarbeidere. Ole Magnus Stokke Kjeldsberg har vært kvalitetssikrer.

Vi takker KS for et spennende oppdrag. Menon står ansvarlig for alt innhold i rapporten.

Juni 2026

Kristoffer Midttømme
Prosjektansvarlig
Menon Economics

Juni 2026

Christina Lønstad
Prosjektleder
Menon Economics

Sammendrag

Helsedataforordningen, European Health Data Space, EHDS, etablerer felles regler for tilgang til, deling og bruk av helsedata i Europa. Hensikten er å styrke innbyggernes tilgang til og kontroll over egne helseopplysninger, legge til rette for bedre samhandling i helsetjenesten, muliggjøre tryggere og mer effektiv sekundærbruk av helsedata og bidra til et mer harmonisert europeisk marked for digitale helseløsninger.

Forordningen skiller mellom primærformål (i behandling) og sekundærformål (til forsking, analyse og styring) og kravene er strukturert etter fire hovedområder: innbyggers rettigheter og tilgang til egne helseopplysninger, helsepersonells tilgang til relevante opplysninger, krav til EHR-systemer knytet til interoperabilitet og logging samt krav til tilgjengeliggjøring av sekundærbruk av helsedata.

Denne rapporten vurderer hvilke konsekvenser og kostnader EHDS kan gi kommunesektoren. Utgangspunktet for rapporten er Helsedirektoratets foreløpige minimumskonsept som skisserer anbefalte løsningsvalg for norsk gjennomføring av forordningens krav. Dette konseptet er en minimumsløsning som betyr at kravene skal tilfredsstilles til lavest mulig totalkostnad. Dette kommer til uttrykk gjennom tre sentrale valg:

- For primærdataområdet skal tilgang til helseopplysninger til innbyggere og helsepersonell etableres gjennom nasjonale fellesløsninger og bygge videre på eksisterende infrastruktur som Kjernejournal, Reseptformidleren og Helsenorge.
- Ved grensekryssende utveksling (helseopplysninger som skal deles på tvers av land) konverteres data mellom norske og europeiske formater, mens nasjonal samhandling videreføres på norske formater.
- For sekundærdata skal nasjonale løsninger og funksjoner ivareta sentrale deler av tilgjengeliggjøringen.

EHDS vil samlet sett gi kommunale virksomheter nye oppgaver og medfølgende kostander. Kommunene må forholde seg til krav om mer strukturert dokumentasjon, nye eller endrede arbeidsprosesser for registrering og deling av opplysninger, opplæring av ansatte, krav fra innbyggere, tilpasninger i systemer og nye plikter som helsedatainnehavere.

Kostnadsanalysen anslår at første fase av en norsk minimumsløsning vil koste mellom 1,4 og 3,3 milliarder kroner samlet. Kommunesektorens andel anslås til mellom 655 millioner og 1 617 millioner kroner. Anslagene er svært usikre og bør tolkes som størrelsesordener. Usikkerheten skyldes særlig at flere forhold fortsatt ikke er avklart, blant annet hva kravene konkret innebærer, hvilke aktører og systemer de omfatter, og hvordan ansvar og kostnader skal fordeles.

Usikkerheten går likevel ikke like mye begge veier. Vi vurderer at risikoen først og fremst er at kostnadene kan bli høyere enn anslått. Dersom EHDS treffer flere kommunale tjenester og systemer enn lagt til grunn, nasjonale fellesløsninger ikke avlaster kommunene i tilstrekkelig grad, eller EPJ-leverandørene må gjøre mer omfattende tilpasninger enn forutsatt, kan mer av innføringen måtte håndteres lokalt i kommunene og virksomhetene. Det vil kunne øke både kostnadene og gjennomføringsrisikoen. Hvor mye kommunene faktisk må bære, avhenger i tillegg av hvordan kostnadene fordeles. Dersom kostnader til nasjonal infrastruktur, leverandørtilpasninger eller nye kommunale oppgaver ikke finansieres særskilt, kan en større del av kostnadene i praksis bli liggende hos kommunesektoren.

Rapporten anbefaler derfor at kommunesektoren ikke avventer endelige avklaringer. Kommunene bør allerede nå kartlegge EPJ-status og gap mot kjente EHDS-krav, stille tydelige EHDS-krav i anskaffelser, følge opp leverandører og nasjonale fellesløsninger, bygge intern kompetanse og planlegge opplæring og endring av arbeidsprosesser. KS og kommunene bør samtidig følge tett med på og gi innspill til de nasjonale prosessene om ambisjonsnivå, fellesløsninger, sekundærbruk og finansiering. Særlig viktig er det å sikre en forutsigbar finansieringsmodell, slik at merkostnader ikke i praksis skyves over på kommunene gjennom leverandøravtaler, lokale omstillingskostnader eller økte bidrag til nasjonal infrastruktur.

Ordliste

Forkortelse	Forklaring
EHDS	European Health Data Space – det europeiske helsedataområdet, omtalt som *helsedataforordningen* på norsk.
EHR	Electronic Health Record system
EPJ	Elektronisk pasientjournal
NHN	Norsk Helsenett
KS	Kommunesektorens organisasjon
FHI	Folkehelseinstituttet
HOD	Helse- og omsorgsdepartementet
HDAB	Health Data Access Body
DHA	Digital Health Authority
MSA	Market Surveillance Authority
KPR	Kommunalt pasient- og brukerregister
PLL	Pasientens legemiddelliste
HL7 FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources – internasjonal standard for digital deling av helsedata mellom ulike systemer.
eIDAS	EU-rammeverk for elektronisk identifikasjon og tillit, brukes for å verifisere identitet på tvers av EU/EØS.
Forordning	EU-rettsakt som er direkte bindende i alle medlemsland (og EØS-land) uten behov for nasjonal implementering – i motsetning til et direktiv.
Gjennomførings-rettsakter	EU-rettsakter som konkretiserer tekniske og praktiske detaljer i en forordning.
Primærbruk	Bruk av helseopplysninger i forbindelse med ytelse av helsehjelp.
Sekundærbruk	Gjenbruk av helsedata til andre formål enn pasientbehandling, som forskning, innovasjon, statistikk og politikkutvikling.
Minimumsløsning	Helseforvaltningens foreløpige løsningsforslag for å oppfylle EHDS-kravene til lavest mulig kostnad. Utgangspunktet for analysen i rapporten.
Interoperabilitet	Evnen til at ulike IT-systemer kan utveksle og bruke informasjon på en meningsfull måte på tvers av aktører og land.
Helsedata-innehaver	Aktør (f.eks. en kommune) med plikt til å beskrive og gjøre egne helsedata tilgjengelig for sekundærbruk.
Nasjonalt kontaktpunkt (NKP)	Nasjonal komponent som kobler norske løsninger til den europeiske infrastrukturen MyHealth@EU og HealthData@EU.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

Den europeiske helsedataforordningen, forordning (EU) 2025/327, etablerer felles europeiske regler for tilgang til, deling og bruk av helsedata i Europa. Målet er både å styrke innbyggernes rettigheter til tilgang til og kontroll over egne helsedata og å sikre standardisert og sikker utveksling av data på tvers av land. Forordningen har fått tittelen *European Health Data Space, EHDS*.

Innføringen av EHDS vil stille nye krav til kommunale virksomheter. Dette skjer samtidig som flere kommuner er i ferd med å skifte journalsystem, mens andre nylig har gjort betydelige investeringer i løsninger som ikke fullt ut støtter de nye kravene. For å møte kravene i EHDS på en effektiv måte, er det behov for et kunnskapsgrunnlag. Formålet med denne rapporten er å belyse konsekvensene av forordningen og gi et anslag for kostnadene av EHDS for kommunesektoren. Det gjør kommunene og KS i bedre stand til å ta nødvendige grep og gi konstruktive innspill til myndighetene.

1.2 Tilnærming og metode

Overordnet tilnærming
Analysen kombinerer tre deler:

- En gapanalyse som vurderer hvilke konsekvenser EHDS kan få for Norge og for kommunesektoren.
- En kostnadsanalyse der vi først anslår samlede kostnader for Norge og deretter beregner hvor stor del av kostnadene som kan falle på kommunesektoren.
- En scenarioanalyse som vurderer hvordan kostnadsbildet for kommunene kan utvikle seg under ulike ambisjonsnivåer for nasjonal gjennomføring frem mot 2040.

Gap- og kostnadsanalysen tar utgangspunkt i en foreløpig minimumsløsning for første fase av EHDS i Norge, frem mot 2031. Med minimumsløsning mener vi en innføring der kravene i EHDS oppfylles med lavest mulig kostnad, blant annet ved å løse mest mulig sentralt og bygge på eksisterende løsninger. Helsedirektoratet, Norsk helsenett og Folkehelseinstituttet har skissert konsepter for hvordan dette kan gjennomføres, basert på nasjonale føringer om en nøktern innføring av EHDS. Gap- og kostnadsanalysen bygger på disse konseptene, slik de er beskrevet i Helsedirektoratets gapanalyse og i informasjon vi har mottatt gjennom dialog og underlag fra aktørene.

Kostnadene som anslås i kostnadsanalysen, er ment å fange opp merkostnader som følger av EHDS. Skillet mot kostnader som uansett ville kommet gjennom pågående digitalisering og systemmodernisering, er imidlertid usikkert.

Datagrunnlag
Analysen bygger på flere typer informasjon. Vi bruker Helsedirektoratets gapanalyse av EHDS, samt dialog og dokumentunderlag fra Helsedirektoratet, Norsk helsenett og Folkehelseinstituttet. Informasjonen omfatter *foreløpige* vurderinger og enkelte kostnadsanslag knyttet til første fase av norsk innføring av EHDS. Vi anvender også analyser fra Sverige, Danmark og Nederland. Disse brukes i kostnadsanalysen for å vurdere størrelsesorden på kostnader der det ikke finnes norske estimater. Usikkerhet og begrensninger i kostnadsanalysen er nærmere omtalt i kapittel 4.3.

Vi har også gjennomgått anbudsdokumenter og kontrakter fra pågående EPJ-anskaffelser i kommunesektoren, sammen med KS' felles rammer og anbefalinger. Dette er brukt for å vurdere hvor langt kommunesektoren allerede er kommet i ordinær systemmodernisering. I tillegg har vi hatt intervjuer med leverandører av journalsystemer og andre e-helsesystemer for å vurdere omfanget av systemendringer og hvordan leverandørene forbereder seg på EHDS.

Vi har også fått innspill fra kommunesektoren gjennom prosjektets styringsgruppe og gjennom KS' fag- og prioriteringsutvalg for e-helse.

Begrensninger i informasjonsgrunnlaget

Innføringen av EHDS i Norge er fortsatt i en tidlig fase. Løsningsforslag som konsekvens- og kostnadsanalysen bygger på, er et foreløpig konsept, og flere løsningsvalg er fortsatt ikke tatt. Analysen er derfor gjennomført på et overordnet nivå, basert på informasjon som var tilgjengelig våren 2026. Dette har særlig betydning for kostnadsanalysen. Vi har ikke grunnlag for en presis norsk kostnadsberegning. For enkelte kostnadsposter har vi mottatt foreløpig kostnadsinformasjon fra Norsk helsenett, og denne brukes direkte. For øvrige kostnadsposter finnes det ikke tilsvarende norske estimater. Her bruker vi analyser fra Sverige, Danmark og Nederland som grunnlag for å vurdere størrelsesorden. Resultatet er derfor ikke et presist estimat eller en detaljert «nedenfra og opp»-beregning, men et anslag på størrelsesorden med en «ovenfra og ned» tilnærming.

Helsedirektoratet og FHI skal etter planen gjennomføre samfunnsøkonomiske analyser av EHDS i Norge i løpet av 2026. Disse vil trolig gi mer presise vurderinger etter hvert som løsningsforslagene utvikles.

2 Overordnet om EHDS

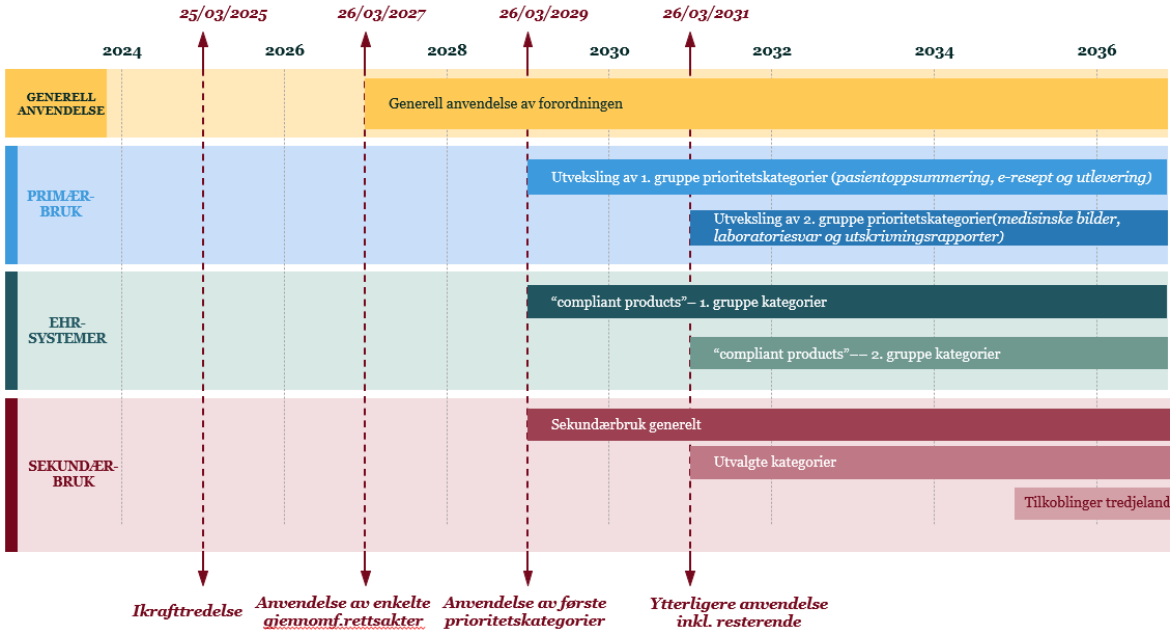
2.1 Formålet med EHDS

Formålet med helsedataforordningen (European Health Data Space, EHDS) er å styrke innbyggernes tilgang til og kontroll over egne helseopplysninger i Europa, legge til rette for bedre samhandling og mer sammenhengende helsehjelp, muliggjøre sikker og effektiv bruk av helsedata til sekundære formål og styrke det indre markedet for leverandører i Europa. EU-kommisjonen har anslått at dette vil kunne gi totale besparelser i EU på mer enn 110 milliarder kroner over en tiårsperiode.[1]

EHDS skal oppnå dette gjennom å etablere et felles europeisk rammeverk for tilgang til, deling og bruk av elektroniske helseopplysninger i EU og EØS. Rammeverket fastsetter krav til hvordan helseopplysninger skal gjøres tilgjengelige, deles og brukes, og omfatter også felles standarder for strukturering og utveksling av helseopplysninger samt tekniske løsninger som muliggjør slik utveksling på tvers av systemer og landegrenser. Dette skal legge til rette for effektiv og sikker utveksling og gjenbruk av helsedata, samtidig som det gis handlingsrom for nasjonal tilpasning.

EHDS trådte i kraft i EU i mars 2025 og innføres gradvis fra 2027, 2029 og 2031. Flere detaljer vil bli fastsatt i gjennomføringsrettsakter som etter planen skal foreligge i 2027.

Figur 2-1: Tidslinje for implementering av EHDS.



Kilde: Helsedirektoratet (2025), oversatt til norsk.

[1] European Commission, 2024

2.2 Skillet mellom primær- og sekundærbruk

EHDS skiller mellom primær- og sekundærbruk av helseopplysninger. Primærbruk omfatter bruk av helseopplysninger i forbindelse med ytelse av helsehjelp. EHDS stiller krav om at utvalgte kategorier av helseopplysninger skal være digitalt tilgjengelige for både innbyggere og helsepersonell. Innføringen skjer trinnvis over tid, hvor blant annet e-resept, pasientoppsummeringer og senere resultater fra undersøkelser og epikriser skal gjøres tilgjengelige.

Sekundærbruk omfatter gjenbruk av helseopplysninger som opprinnelig er samlet inn i forbindelse med ytelse av helsehjelp, til formål som forskning, innovasjon, statistikk og politikkutvikling. EHDS etablerer et eget rammeverk for sekundærbruk av helsedata, med krav til styring, tilgang og informasjonssikkerhet.

2.3 Forordningens inndeling av krav

Krav til innbyggeres tilgang til helseopplysninger
EHDS gir innbyggere rett til digital tilgang til og kontroll over egne helseopplysninger. Innbyggere skal ha kostnadsfritt og i hovedsak umiddelbart digitalt innsyn i minimum de prioriterte kategoriene av helseopplysninger. Dette forutsetter etablering av digitale tilgangstjenester som muliggjør innsyn, deling av opplysninger og bruk av elektroniske fullmakter på tvers av EU/EØS. Tilgang til tjenestene forutsetter sikker identifikasjon og autentisering.

Krav til helsepersonells tilgang til helseopplysninger
EHDS stiller krav om at helsepersonell skal ha digital tilgang til relevante og nødvendige helseopplysninger i behandlingssituasjoner, også på tvers av landegrenser i EU/EØS. Opplysningene skal være tilgjengelige i standardiserte europeiske formater. Tilgangen skal være formålsstyrt og begrenset til det som er nødvendig for å yte helsehjelp. Medlemslandene kan fastsette nærmere regler for tilgang og reservasjonsordninger. Kapittel **Error! Reference source not found.** til **Error! Reference source not found.** beskriver i mer detalj hvordan kravene til innbygger og helsepersonells tilgang til opplysninger er tenkt løst.

Krav til EHR-systemer
EHDS stiller krav til såkalte Electronic Health Record-systemer (EHR-systemer), som skal muliggjøre både innbyggeres tilgang til egne helseopplysninger og helsepersonells tilgang i behandlingssituasjoner. I Helsedirektoratets foreløpige tolkning er EHR-begrepet bredere enn EPJ-systemer (se faktaboks under). Systemer som omfattes, skal oppfylle krav til interoperabilitet, informasjonssikkerhet og logging. Det er samtidig usikkert nøyaktig hvilke systemer som omfattes, blant annet fordi den juridiske tolkningen av EHR-begrepet kan variere mellom land. Det kan også komme videre avklaringer på EU-nivå. Dette gjelder blant annet tilgrensende løsninger, for eksempel digital hjemmeoppfølging og velferdsteknologi. For systemer som omfattes av EHR-kravene, er oppfyllelse av kravene en forutsetning for at systemene kan tas i bruk eller settes på markedet.

Krav til sekundærbruk av helsedata
EHDS stiller krav om at helsedata skal gjøres tilgjengelige for sekundære formål som forskning, innovasjon, statistikk og politikkutvikling. Regelverket omfatter et bredt spekter av datatyper, herunder data fra pasientjournaler, helseregistre og medisinsk utstyr.

Et **EHR-system** («Electronic Health Record system») er i norsk sammenheng et IT-system som håndterer prioriterte helseopplysninger for å yte helsehjelp eller gi innbyggere innsyn. EHDS-forordningen omfatter tre typer:

1. **Pasientjournalsystemer** — der helsepersonell dokumenterer behandling (EPJ, kurvesystemer, lab, radiologi og fagsystemer).
2. **Behandlingsrettede helseregistre** — registre der formålet er helsehjelp, som kjernejournal og Reseptformidleren.
3. **Innsynsløsninger** — systemer som gir innbyggere tilgang til egne helseopplysninger, som Helsenorge.

Kilde: Helsedirektoratet EHDS konsekvensvurdering Gapanalyse pr 11. april 2025

2.4 Norsk tolkning og minimumsløsning

Gjennomføring av EHDS i norsk rett

Mens EHDS allerede har tredd i kraft i EU, må EHDS inntas i EØS-avtalen og gjennomføres i norsk rett for å få virkning i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet har foreløpig vurdert at EHDS er EØS-relevant og det ventes at EHDS vil bli gjennomført i Norge.[2] Siden EHDS er en EU-forordning er det krav om at forordningen gjennomføres «som sådan». Den vanligste måten å gjennomføre forordninger på er at hele forordningen gjennomføres ved såkalt «inkorporasjon», som betyr at det tas inn en bestemmelse i lov som slår fast at forordningen skal gjelde som norsk lov. Eksempler på dette er personopplysningsloven § 1 og lov om medisinsk utstyr § 1 som på denne måten gjennomfører henholdsvis EUs personvernforordning («GDPR») og EUs forordning om medisinsk utstyr («MDR») i norsk rett. Det kan også ventes at gjennomføringsrettakter fra EU som supplerer EHDS, blir gjennomført på tilsvarende måte, enten i lov- eller forskrift.

Det er ventet at innføringen av EHDS kan innebære endringer i helselovgivningens regulering av deling av helseopplysninger for både primær og sekundærbruk. Endringer i eksisterende regelverk og økonomiske og administrative konsekvenser av å gjennomføre EHDS vil være sentrale tema i lovforslaget som vil bli sendt på offentlig høring.

Handlingsrom og nasjonale valg i gjennomføringen av EHDS

Selv om EHDS stiller krav til hva som skal oppnås, er det i stor grad opp til medlemslandene hvordan kravene skal oppfylles. Dette gir et nasjonalt handlingsrom i gjennomføringen. I Norge har Helse- og omsorgsdepartementet lagt føringer for hvordan dette handlingsrommet skal brukes, ved å ta utgangspunkt i en minimumsløsning. Dette innebærer et løsningsforslag som oppfyller kravene til lavest mulig kostnad. Helse- og omsorgsdepartementet åpner likevel for en mer omfattende løsning dersom det er mer hensiktsmessig på lengre sikt.

Innenfor disse føringene har helseforvaltningen skissert foreløpige løsninger for hvordan kravene kan oppfylles, basert på juridiske vurderinger av EHDS. Siden flere avklaringer fortsatt gjenstår, kan løsningsforslaget bli justert som følge av nye avklaringer fra EU eller nasjonale regelverksprosesser. Løsningen baserer seg i stor grad på nasjonale fellesløsninger, og at kravet om at data skal gjøres tilgjengelig på europeiske formater i hovedsak håndteres gjennom konvertering ved grensekryssende

[2] Helse- og omsorgsdepartementet, 2026

utveksling. Dette innebærer at lokale systemer i minst mulig grad pålegges direkte krav, men at nasjonale fellesløsninger konverterer til riktig format når data forespørres fra et annet EU/EØS-land.

Dette kommer til uttrykk gjennom tre sentrale valg i den nasjonale gjennomføringen.

- For det første legges det til grunn at tilgang til helseopplysninger for innbyggere og helsepersonell kan etableres gjennom nasjonale fellesløsninger, fremfor at alle pasientjournalsystemer må tilgjengeliggjøre opplysninger direkte. Sentrale løsninger som Reseptformidleren, Kjernejournal og nasjonale registre kan dermed benyttes for å ivareta tilgang.
- For det andre legges det til grunn at europeiske formater ikke trenger å benyttes i nasjonal samhandling, men kan håndteres gjennom konvertering ved grensekryssende utveksling.
- For det tredje legges det til grunn at nasjonale løsninger og funksjoner kan ivareta sentrale deler av tilgjengeliggjøringen ved sekundærbruk av helsedata.

Minimumsløsning: Overordnet kan en minimumsløsning forstås som at løsningsforslaget er å legge et «oversettelseslag» oppå eksisterende nasjonale systemer fremfor en større transformasjon. Dette er gjort av hensyn til tidspress, kostnader og kapasitet i sektoren. Helseforvaltningen har til dels beskrevet to alternative løsningsvalg for hvert av de funksjonelle områdene (beskrevet i kap.3), der den anbefalte løsningen er det minst kompliserte og omfattende som bygger på de tre overnevnte valgene, i tillegg til at foreløpig løsningsforslag kun dekker første fase.

Basert på informasjonen vi har fra de ulike landene, fremstår Norges foreløpige løsningsforslag og det danske scenarioet vi har vurdert som varianter av en minimumsløsning, der EHDS i hovedsak tilpasses eksisterende nasjonale systemer. Sverige og Nederland synes på sin side å koble EHDS til en bredere utvikling av nasjonal digital infrastruktur.

Prinsippet om «konvertering på grensen» fremfor EU-format

Den anbefalte minimumsløsningen fra Helsedirektoratet bygger på et sentralt prinsipp om at europeiske formater ikke benyttes i nasjonal samhandling, men håndteres gjennom konvertering ved grensekryssende utveksling («konvertering på grensen»).

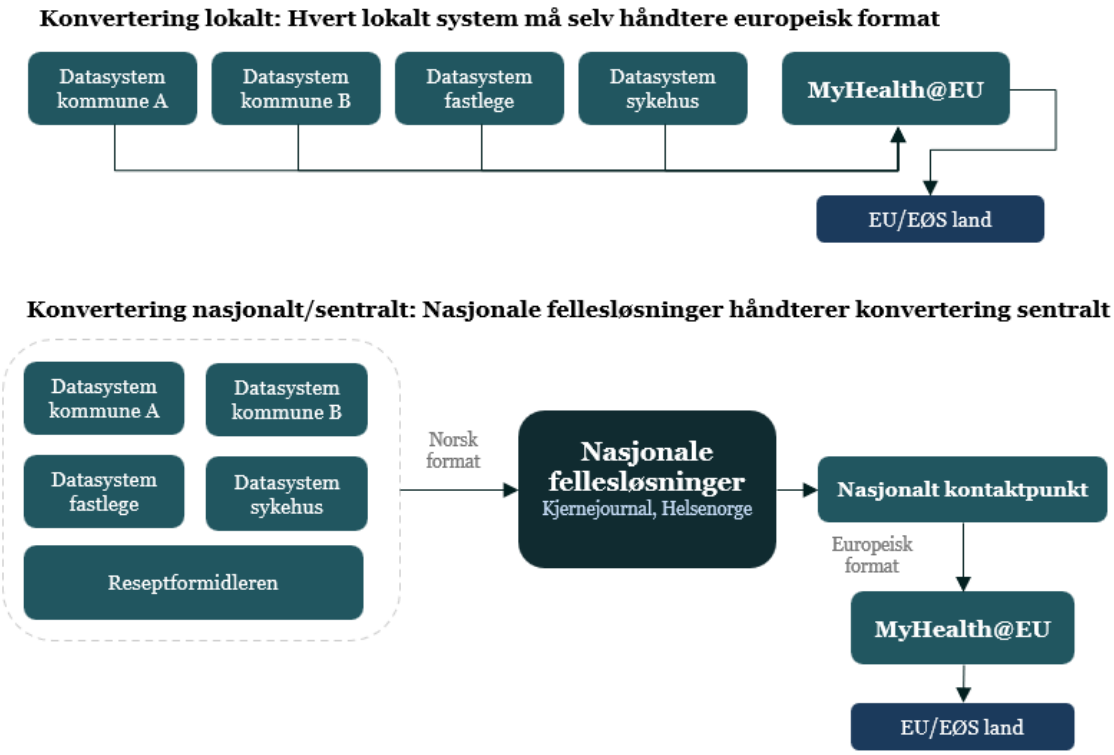
Alternativet til konvertering på grensen er innføring av EU-format. Det innebærer at lokale systemer gradvis tilpasses EU-standarder for kodeverk og struktur, slik at EU-formatet (EEHRxF) ikke bare brukes ved grensekryssende utveksling, men også i nasjonal samhandling. Dette valget ville i praksis innebære at lokale systemer tilpasses EU-standarder for kodeverk og struktur over tid, samtidig som eksisterende løsninger og konvertering opprettholdes i en overgangsperiode.

Innføring av EU-format ville ført til omfattende konsekvenser. Samtlige EHR-systemer i helse- og omsorgstjenesten vil måtte tilpasses for å lese, skrive og utveksle data på EU-format. Den norske samhandlingen er i dag i stor grad basert på meldinger over helsenettet som baserer seg på norske standarder og kodeverk. EU-format betyr at kodeverksgrunnlaget må endres og det vil medføre endringer i arbeidsflyten. I underlag fra NHN pekes det på at dette krever omfattende endringer i API-er og samhandlingsløsninger, særlig knyttet til legemidler. For fastleger betyr dette at verktøyet de bruker til forskrivning vil endre seg, med tilhørende opplæringsbehov og risiko for redusert produktivitet i overgangsperioden.

EUs krav til obligatoriske felt i utskrivningsrapporter og pasientoppsummeringer kan innebære økt behov for strukturering sammenlignet med norsk praksis i dag. For kommuner spesifikt betyr det at

fastleger og kommunale helsetjenester ville måtte forholde seg til nye datamodeller, nye kodeverk og nye måter å dokumentere på. I underlaget fra NHN pekes det på at dersom EHDS-modellene skal brukes for legemiddelinformasjon internt i Norge, må det utvikles nye modeller og løsninger for Pasientens legemiddelliste (PLL) og multidose, eller relasjonen mellom ePrescription og PLL/multidose må avgrenses.[3] Kommunene er storbrukere av multidose i sykehjem og hjemmetjeneste, og fastlegene er sentrale i opprettelse og vedlikehold av PLL. Minimumsløsningen gir dermed begrensede konsekvenser for kommunene sett opp mot et alternativ med innføring av EU-format også i nasjonal samhandling.

Figur 2-2: Illustrasjon av nasjonal konverteringstjeneste. Den første figuren viser en forenklet fremstilling ved fravær av en nasjonal konverteringstjeneste. Den andre figuren viser tiltenkt løsningsforslag ved nasjonale fellesløsninger og konvertering gjennom nasjonalt kontaktpunkt.



Norsk EHDS-løsning bygger på nasjonal e-helsestrategi

En vesentlig forutsetning for innføring av EHDS, og for vår analyse av konsekvensene for kommunesektoren i denne rapporten, er at løsningene som utvikles for EHDS bygger på den nasjonale e-helsestrategien og de relevante delmålene for kommunene som denne strategien omfatter.[4]

Den nasjonale e-helsestrategien innebærer en omfattende portefølje av digitale moderniseringstiltak i helse- og omsorgstjenesten. Flere av disse tiltakene går i samme retning som kravene i EHDS, blant annet når det gjelder samhandling, strukturering av data og bruk av nasjonale løsninger. Vurderingen

[3] PLL er en samlet oversikt over relevante opplysninger om pasientens legemiddelbehandling. PLL gjøres tilgjengelig på tvers av helsetjenesten gjennom journalløsninger, reseptformidleren og kjernejournal, og pasienten kan se listen på Helsenorge. Løsningen innføres gradvis i perioden 2026-2029 (Helsedirektoratet, u.å.-a). Multidose er en løsning for pasienter som bruker flere legemidler fast, der legemidlene pakkes maskinelt i doseposer sortert etter tidspunktet de skal tas. (Helsedirektoratet, u.å.-b).
[4] Helsedirektoratet, u.å.-c

av hva EHDS vil kreve, og hva det vil koste, må derfor ta utgangspunkt i hva som allerede er planlagt og forventes utviklet uavhengig av EHDS. Kostnadene knyttet til EHDS bør derfor forstås som merkostnader utover pågående og planlagte tiltak i nasjonal e-helsestrategi. Skillet mellom EHDS-utløste kostnader og kostnader som uansett ville kommet gjennom pågående digitalisering og systemmodernisering, er imidlertid usikkert.

3 Konsekvenser for kommunene knyttet til helseforvaltningens minimumsløsning

Den foreløpige minimumsløsning innebærer tiltak innen seks områder:

- Pasientoppsummering (kjerneinformasjon om pasienter som deles på tvers av land)
- E-resept og utleveringsinformasjon (informasjon om resepter og utlevering som deles på tvers av land)
- Innbyggers rettigheter (innsyn og kontroll over egne helseopplysninger)
- Fellestjenester (felles løsninger for identitet, tilgang og sikker deling av helseopplysninger)
- Sekundærbruk av helsedata (bruk av helsedata til andre formål enn pasientbehandling)
- Myndighetsfunksjoner og markedskrav (regulering, tilsyn og krav til aktører og løsninger)

I dette kapittelet beskriver vi tiltakene på hvert av de seks områdene og vurderer hvilke konsekvenser de kan få for kommunene.[5] Det foreløpige løsningsforslaget avklarer ikke fullt ut hvordan minimumsløsningen skal utformes og innføres. Der løsningen fortsatt er åpen, vil også vurderingen av konsekvenser for kommunene være mer usikker.

Konsekvensene av EHDS er inndelt i tre grupper: nasjonale løsninger/funksjoner, EHR-systemer og organisatoriske konsekvenser. For det første vil helseforvaltningen måtte etablere eller videreutvikle nasjonal infrastruktur og fellesløsninger for flere aktører. For det andre vil EPJ-systemer og andre berørte systemer måtte tilpasses nye krav og løsninger. For det tredje vil virksomhetene få behov for opplæring og endringer i arbeidsprosesser. I dette kapittelet legger vi særlig vekt på de to siste konsekvenstypene, fordi de i større grad treffer kommunene direkte. Senere, i kapittel 5, drøfter vi bredere forhold som kan påvirke den totale belastningen EHDS får for kommunene.

3.1 Sammenhengen mellom de seks områdene

Pasientoppsummering og e-resept er de konkrete datatypene for primærbruk som brukes direkte i pasientbehandling. Pasientoppsummeringen samler sentrale helseopplysninger som diagnoser, allergier, legemidler og inngrep, slik at helsepersonell i et annet land får tilgang på dette. E-resept sørger for at forskrivning og utlevering av legemidler kan skje på tvers av landegrenser. Disse to områdene er nært knyttet til hverandre. Begge handler om å dele strukturerte helseopplysninger i en behandlingssituasjon, og begge går via nasjonalt kontaktpunkt og MyHealth@EU-infrastrukturen.

Sekundærbruk handler om å gjøre helsedata tilgjengelig for blant annet forskning, analyse og innovasjon. Dette organiseres gjennom en nasjonal tilgangsforvalter (HDAB). Kommunene er datainnehavere for egne helse- og omsorgsdata, men EHDS gir nye plikter til den rollen.

Innbyggers rettigheter går på tvers av alle de andre områdene. En innbygger skal kunne se hvem som har hatt tilgang til opplysningene sine, reservere seg mot at data deles, og laste ned egne data i europeisk format. Det betyr at deling av data for både primær- og sekundærbruk må bygge inn mekanismer for å ivareta disse rettighetene.

Fellestjenester er «grunnmuren» for de øvrige områdene. Sikker identifikasjon og autentisering er en forutsetning for deling av og tilgang til data, og dermed for pasientoppsummering, e-resept og

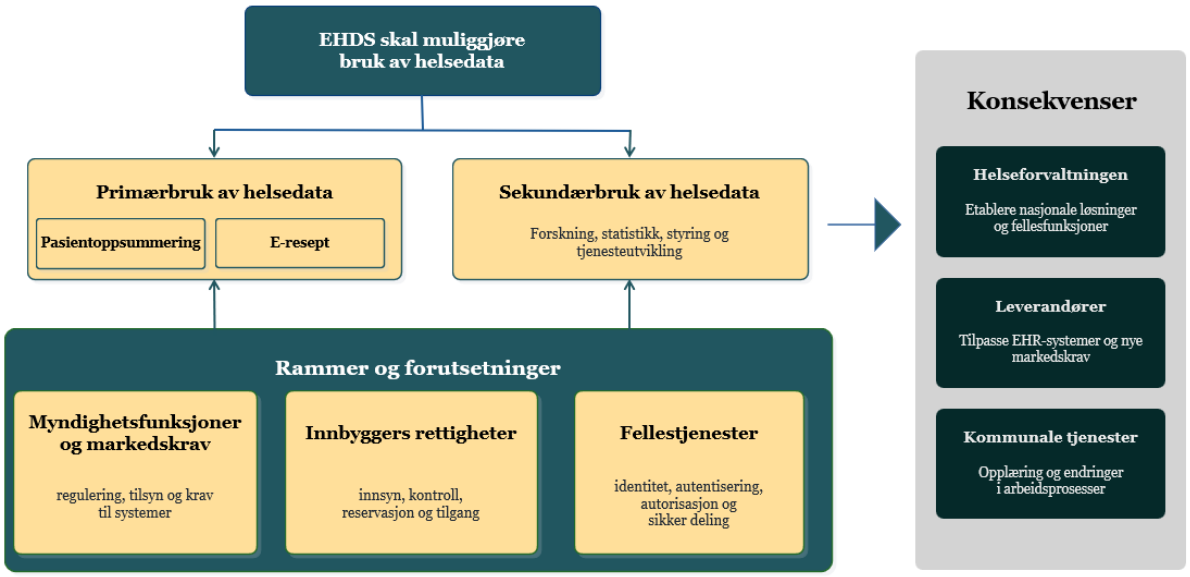
[5] Forstått som summen av konsekvenser for kommunale virksomheter og for kommunen som enhet.

innbyggerrettigheter. Når en norsk pasient får helsehjelp i et annet EU/EØS-land, eller en utenlandsk pasient kommer til helsetjenesten i Norge, må systemene vite hvem pasienten er og hvem som ber om tilgang.

Myndighetsfunksjoner og markedskrav setter rammene. Tre nye myndighetsroller skal på plass: en digital helsemyndighet (DHA) som har det overordnede ansvaret, en tilgangsforvalter (HDAB) som styrer hvem som får bruke helsedata til forskning og statistikk, og en markedsovervåkingsmyndighet (MSA) som sikrer at EHR-systemene oppfyller kravene. Markedskravene retter seg mot EHR-leverandørene, som må sørge for at systemene har interoperabilitetskomponenter og loggføring.

Konsekvensene for kommunene, på tvers av disse områdene, er endring i etablert praksis, tilpasning i lokale systemer, særlig EPJer, og de må i økende grad forholde seg til nasjonale løsninger og fellesfunksjoner.

Figur 3-1: Illustrasjon av sammenhengen mellom de seks områdene og konsekvenser.



3.2 Pasientoppsummering

Krav i forordningen

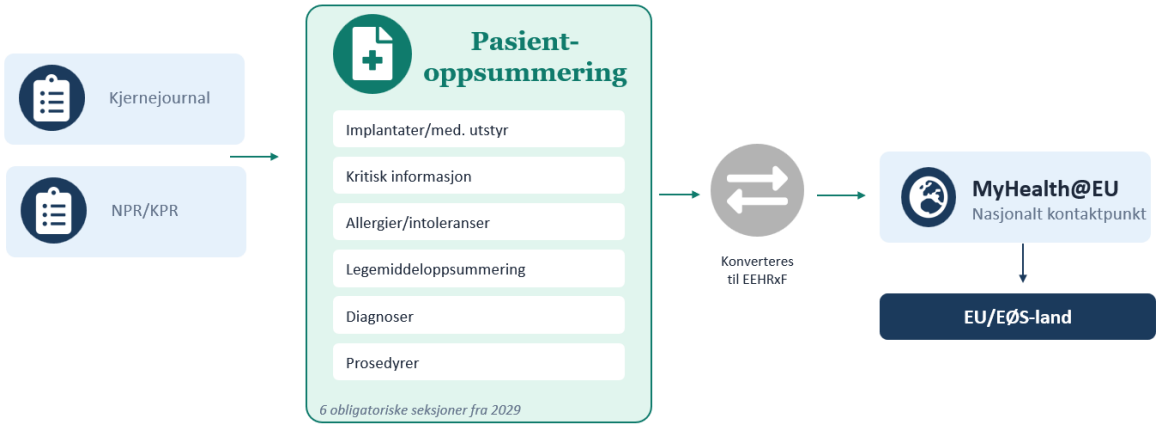
Forordningen stiller krav om at helsepersonell skal ha tilgang til en strukturert pasientoppsummering med sentrale helseopplysninger når dette er nødvendig for å gi helsehjelp. Dette gjelder både når norske innbyggere mottar helsehjelp i andre EU/EØS-land, og når innbyggere fra andre EU/EØS-land mottar helsehjelp i Norge. Pasientoppsummeringen består av inntil 18 seksjoner med oppsummerte helseopplysninger, fordelt på obligatoriske og valgfrie deler. Det legges til grunn at seks av disse vil være obligatoriske fra mars 2029: implantater og medisinsk utstyr; kritisk informasjon; allergier og intoleranser; legemiddeloppsummering; helseproblemer og diagnoser; og inngrep og prosedyrer.

Minimumsløsning

Minimumsløsningen innebærer at pasientoppsummeringen etableres som en løsning tilknyttet Kjernejournal, der opplysninger fra ulike nasjonale kilder sammenstilles. De fleste opplysningene finnes allerede i nasjonale kilder, blant annet i pasientens legemiddelliste og kritisk informasjon i Kjernejournal. For seksjonene «helseproblemer og diagnoser» og «inngrep og prosedyrer» vurderes det å hente opplysninger fra sentrale helseregistre som NPR (Norsk pasientregister) og KPR (Kommunalt pasient- og brukerregister). Når en pasientoppsummering sendes fra Norge, konverteres

den til europeisk format og deles via nasjonalt kontaktpunkt. Mot EU deles oppsummeringen via infrastrukturen MyHealth@EU.[6] Når en pasientoppsummering mottas fra andre EU/EØS-land, kommer den via nasjonalt kontaktpunkt og gjøres tilgjengelig gjennom en søke- og visningsløsning.

Figur 3-2: Illustrasjon av minimumsløsningen for området pasientoppsummering



Konsekvenser

EHR-systemer må tilpasses for å støtte strukturering og standardisering av helseopplysninger som deles med nasjonale løsninger, samt håndtere visning av pasientoppsummering. Hver virksomhet må gi informasjon og opplæring i bruk av pasientoppsummeringen. Dersom KPR skal brukes som kilde vil det kreve tilpasninger av registrene samt lovendringer for å benytte disse til primærformål. Det er usikkert om nasjonale løsninger kan benytte data slik de registreres i dag, om opplysningene må tilpasses før de kan inngå i pasientoppsummeringen, eller om enkelte opplysninger ikke registreres systematisk i dagens kommunale tjenester. Dette kan variere mellom kommuner, tjenesteområder og systemer, og vil ha betydning for omfanget av tilpasninger i kommunale systemer og arbeidsprosesser. Det er også fortsatt uavklart hvilke opplysninger som endelig skal inngå i pasientoppsummeringen.

[6] MyHealth@EU skal legge til rette for at helsepersonell får tilgang til helseopplysninger om europeiske borgere når de reiser utenlands i EU/EØS-området. Hvert av landene skal etablere nasjonale kontaktpunkt for digital helse. Landenes nasjonale kontaktpunkter skal kobles til MyHealth@EU-infrastrukturen, og utvekslingen av helseopplysninger vil skje mellom disse Kontaktpunktene (Helsedirektoratet, u.å.-d).

Eksempler på endringer som følger av pasientoppsummering

Norsk person får helsehjelp i EU/EØS

En norsk innbygger med kjent diabetes blir akutt syk under opphold i et annet EU/EØS-land og oppsøker lokal helsetjeneste. For å gi forsvarlig behandling trenger helsepersonell informasjon om at pasienten også har hatt nyresvikt, da dette påvirker valg av behandling.

Dagens situasjon: Helsepersonell i behandlingslandet har ikke tilgang til pasientens helseopplysninger fra Norge. Informasjon om pasientens diagnoser må derfor innhentes fra pasienten selv eller medbrakte dokumenter, noe som kan gi et ufullstendig informasjonsgrunnlag og føre til at behandlingen ikke tilpasses pasientens nyresvikt.

Med EHDS: Pasienten identifiseres ved bruk av eID. Helsepersonell får tilgang til en standardisert pasientoppsummering gjennom MyHealth@EU, som inneholder opplysninger om pasientens diagnoser, herunder nyresvikt. Dette gjør det mulig å ta hensyn til pasientens nyresvikt ved valg av behandling. Det vurderes om diagnoseopplysninger skal hentes fra nasjonale registre som KPR eller direkte fra pasientjournalsystemer. Dersom opplysninger hentes fra KPR, vil dette kunne innebære at kommunene må registrere diagnoser mer systematisk og med riktig koding, samt sikre at innrapporterte data er komplette og oppdaterte. Dersom opplysninger i stedet hentes direkte fra pasientjournalsystemer, vil det innebære at kommunene må registrere diagnoser strukturert i egne systemer, og etablere integrasjoner mot nasjonale løsninger for å kunne dele informasjonen videre.

Utenlandsk pasient på legevakt i Norge

En utenlandsk pasient oppsøker legevakt i Norge med en akutt infeksjon. For å gi forsvarlig behandling trenger helsepersonell informasjon om pasientens allergier.

Dagens situasjon: Helsepersonell på legevakt har ikke tilgang til pasientens helseopplysninger fra hjemlandet. Informasjon om allergier må derfor innhentes fra pasienten selv, noe som kan gi et ufullstendig eller usikkert informasjonsgrunnlag. Ved behandling av infeksjoner kan dette føre til at det gis antibiotika pasienten er allergisk mot.

Med EHDS: Pasienten identifiserer seg med eID og kobles til en norsk identifikator. Helsepersonell får tilgang til pasientoppsummering fra pasientens hjemland, som inneholder opplysninger om allergier. Dette gjør det mulig å ta hensyn til pasientens allergier ved valg av behandling, uten å måtte innhente informasjonen fra pasienten selv. Dette forutsetter at legevakten har tilgang til pasientoppsummeringen gjennom MyHealth@EU.

3.3 E-resept og utleveringsinformasjon

Krav i forordningen

Forordningen stiller krav om at elektroniske resepter og informasjon om utlevering av legemidler skal kunne deles på tvers av landegrenser i EU/EØS. Dette innebærer at helsepersonell og apotek skal ha tilgang til relevante og nødvendige opplysninger i forskrivnings- og utleveringssituasjoner, også når resepten er forskrevet i et annet land. Den grensekryssende e-resepttjenesten består av to hovedtyper informasjon som skal være på plass fra mars 2029: ePrescription (opplysninger om legemiddelet som

er forskrevet, inkludert informasjon om pasient, forskriver og dosering) og eDispensation (opplysninger om utlevering av legemidler fra apotek, inkludert hva som er utlevert og når).

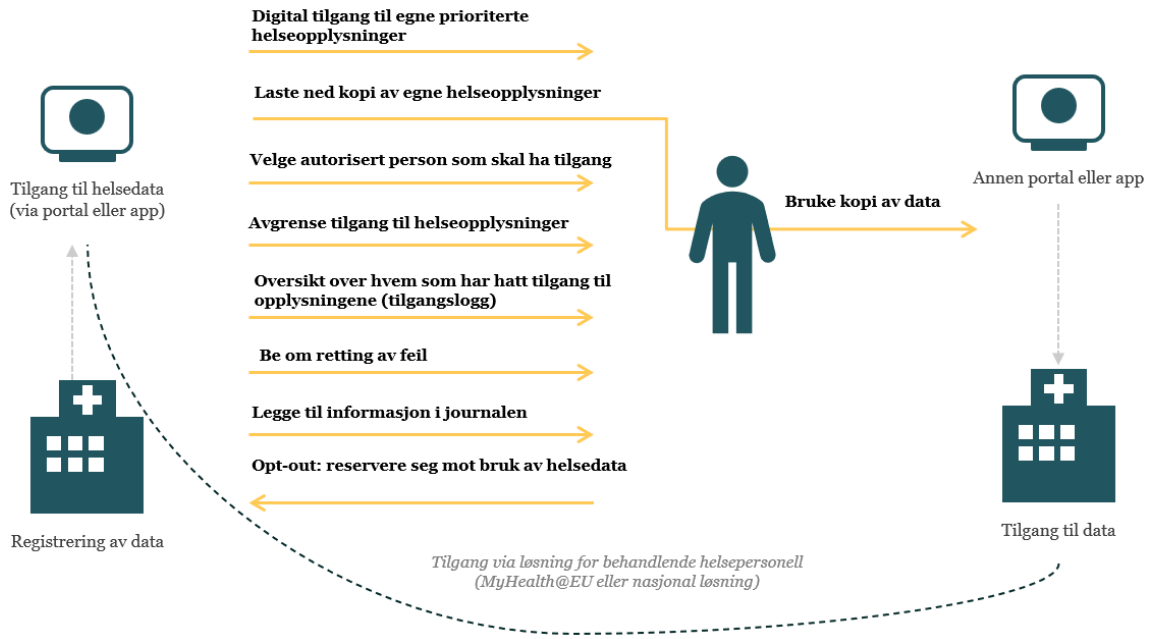
Minimumsløsning
Minimumsløsningen innebærer videreføring av dagens e-reseptløsning, der forskrivning og utlevering av legemidler skjer gjennom Reseptformidleren og eksisterende apoteksystemer. Når opplysninger om forskrevne og utleverte legemidler sendes fra Norge, konverteres de til europeisk format og deles via nasjonalt kontaktpunkt. Når tilsvarende opplysninger mottas fra andre EU/EØS-land, mottas de via nasjonalt kontaktpunkt og gjøres tilgjengelige i den nasjonale e-reseptløsningen.

Konsekvenser
Dette området har trolig begrensede konsekvenser for kommunene ettersom dagens nasjonale e-reseptløsning videreføres for nasjonal samhandling. Det kan bli nødvendig med justeringer i format for reseptinformasjon som kan medføre behov for mindre tilpasninger i kommunale EPJ-systemer som benytter denne informasjonen. Det vil også være behov for søk- og visningsmodul via MyHealth@EU i virksomhetene.

3.4 Innbyggers rettigheter

Krav i forordningen
Forordningen gir innbyggere rett til digital tilgang til egne helseopplysninger og til å utøve rettigheter knyttet til disse, uavhengig av hvor i EU/EØS helsehjelpen er gitt. Dette gjelder både nasjonalt og i andre EU/EØS-land. Innbyggers rettigheter illustreres i figuren under.

Figur 3-3: Illustrasjon av innbyggers rettigheter ved EHDS.



Kilde: Basert på figur i Helsedirektoratet (2025).

Rettighetene stiller krav til tilgangstjenester for innbyggere, fullmaktstjenester for å gi andre tilgang, løsninger for identifikasjon (se fellestjenester), løsninger for logging og innsyn i data og

reservasjonsløsninger. Det er usikkert når alle rettighetene vil gjelde fra, men digital tilgang til første gruppe prioriterte helseopplysninger, det vil si pasientoppsummering og e-resepter, skal gjelde fra 2029.

Minimumsløsning
Minimumsløsningen innebærer at Helsenorge videreføres som nasjonal tilgangstjeneste for innbyggere. Gjennom Helsenorge får både norske innbyggere og innbyggere fra andre EU/EØS-land, tilgang til helseopplysninger fra behandling i Norge. Når helseopplysninger om behandling norske innbyggere har mottatt i andre EU/EØS-land gjøres tilgjengelige i Norge, hentes opplysningene fra det aktuelle landet via nasjonalt kontaktpunkt og gjøres tilgjengelige i Helsenorge.

Konsekvenser
Utvidede krav til innbyggers rettigheter innebærer at kommunale systemer må tilpasses for å håndtere hvordan opplysninger deles og brukes gjennom nasjonale løsninger. Samtidig vil utøvelse av rettigheter, som innsyn og retting, kunne medføre økt behov for oppfølging i kommunale virksomheter. Det er usikkert i hvilken grad utvidede innbyggerrettigheter stiller krav til hvordan opplysninger håndteres i EHR-systemer, og dermed omfanget av nødvendige tilpasninger.

3.5 Fellestjenester

Fellestjenester utgjør et eget område, og omfatter tiltak som går på tvers av de øvrige områdene. De fungerer dermed som en muliggjørende infrastruktur for sikker og kontrollert utveksling av helsedata. Fellestjenester brukes her om håndtering av identitetsdata, samt autentisering og autorisasjon av helsepersonell. Dette er grunnleggende forutsetninger for sikker utveksling av helsedata. Det må være klart både hvem opplysningene gjelder (pasienten) og hvem som skal ha tilgang (helsepersonell).

Krav i forordningen
Forordningen legger til grunn at helseopplysninger skal kunne deles og gjøres tilgjengelige på tvers av systemer og landegrenser i EU/EØS. For å muliggjøre dette stiller forordningen krav til entydig identifisering av både pasienter og helsepersonell ved tilgang til og deling av helseopplysninger. Helseopplysninger må derfor kunne knyttes til riktig person over tid og på tvers av systemer, sektorer og land. Samtidig må det være mulig å identifisere hvem som har hatt tilgang til opplysningene og til hvilket formål, slik at sporbarhet og tilgangskontroll kan ivaretas.

Minimumsløsning
Minimumsløsningen innebærer bruk av nasjonale eID-løsninger innenfor eIDAS-rammeverket for identifisering av innbyggere og helsepersonell. Ved grensekryssende tilgang til helseopplysninger identifiserer brukeren seg med sin nasjonale eID, og identiteten bekreftes gjennom *eIDAS*[7] slik at autentisering kan skje på tvers av EU/EØS-land. For innbyggere fra andre EU/EØS-land som mottar helsehjelp i Norge må det i tillegg etableres en nasjonal mekanisme for å knytte den utenlandske identiteten til en identifikator som kan brukes i norske systemer.

Konsekvenser
For norske innbyggere og helsepersonell videreføres i hovedsak dagens løsninger for henholdsvis identifisering og autentisering. Konsekvensene knytter seg derfor primært til håndtering av innbyggere fra andre EU/EØS-land og tilpasning til nasjonale løsninger som skal understøtte grensekryssende tilgang til helseopplysninger. For innbyggere fra andre EU/EØS-land må det etableres en nasjonal løsning som knytter utenlandske identiteter til en norsk identifikator, for eksempel hjelpenummer.

[7] eIDAS er en EU-forordning som innebærer en plikt for offentlige myndigheter i EU/EØS til å godta utenlandske eID-løsninger som er meldt til EU-kommisjonen på lik linje med egne nasjonale løsninger.

Kommunale EHR-systemer som berøres, må kunne ta løsningen i bruk og håndtere identifikatoren i relevante arbeidsprosesser. Dette kan medføre tilpasningsbehov hos kommunale aktører som yter helsehjelp til innbyggere fra andre EU/EØS-land, for eksempel legevakt, kommunale akutte døgnenheter og fastleger. Omfanget av tilpasninger vil avhenge av hvordan den nasjonale løsningen utformes.

3.6 Sekundærbruk av helsedata

Krav i forordningen
Forordningen krever at helsedata skal kunne tilgjengeliggjøres for sekundære formål, som forskning, innovasjon, statistikk og myndighetsformål. Ordningen skal legge til rette for bruk av helsedata både nasjonalt og på tvers av EU/EØS-land, samtidig som personvern og datasikkerhet ivaretas. Kravet omfatter flere kategorier helsedata. Fra 2029 gjelder dette blant annet elektroniske pasientjournaldata, helseregistre, administrative helsedata, data fra medisinsk utstyr og legemiddelregistre. Fra 2031 utvides dette til også å omfatte blant annet sosioøkonomiske og miljømessige faktorer, genetiske og genomiske data samt data fra kliniske studier.

Sekundærdataområdet er omfattende og innebærer flere ulike roller, blant annet:

- Coordinating Health Data Access Body (CHDAB): Koordinerende tilgangsforvalter har overordnet ansvar for harmonisert behandling av søknader, mottak av søknader nasjonalt og fra utenlandske søkere, felles fakturering, tilsynsoppgaver, sikker databehandling, rapportering og koordinering nasjonalt og mot EU.
- Health Data Access Body (HDAB): Tilgangsforvalter er offentlige organer som vurderer og godkjenner søknader om tilgang til helsedata for sekundærbruk, tilgjengeliggjør data, pseudonymiserer/anonymiserer, og overvåker at kravene overholdes.
- Data Holder (DH): Datainnehaver, virksomheter som behandler helsedata. Dette favner bredt fra kommunale sykehjem og fastleger til helseforetak, universiteter med forskningskohorter, biobanker og utviklere av velværeapper.
- Trusted Data Holder (TDH): Betrodd helsedatainnehavere kan utpekes til å gjøre helsedata tilgjengelige på vegne av tilgangsforvalter, basert på strenge krav. De kan gi anbefalinger til vedtak, men har ikke vedtaksmyndighet.
- Health Data Intermediary bodies: Helsedataformidlingsenheter opptrer på vegne av helsedatainnehavere og kan i nasjonal lovgivning overta oppgaver som ellers tilhører datainnehaverne. Særlig relevant for mindre aktører som mangler kapasitet.
- Data User (DU): Innbygger, forsker, myndigheter eller andre som får tilgang til data til spesifikke, godkjente formål.

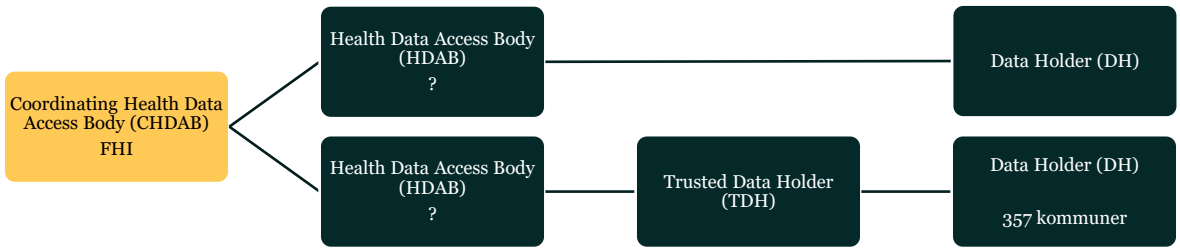
Minimumsløsning
Folkehelseinstituttet er utpekt av Helse- og omsorgsdepartementet til rollen som koordinerende/nasjonal tilgangsforvalter (CHDAB). FHI utreder organiseringen av ulike roller og anbefaling til modell for sekundærområdet i løpet av høsten 2026. Det skal etableres et nasjonalt nettverk for tilgangsforvaltning innen 2029 og det gjenstår en jobb med å finne ut hvem som skal ha de ulike rollene. Den overordnede foreløpige tilnærmingen er en delvis sentralisert modell med flere aktører som innehar rollene som HDAB og THD. Noen av oppgavene og pliktene kan fordeles mellom flere tilgangsforvaltere, noe som krever samarbeid med koordinerende tilgangsforvalter. Tabellen under viser funksjonene som skal ivaretas av HDAB og foreløpig ansvar/eierskap.

Tabell 3-1: HDAB funksjoner og ansvarsområder.

Område	Løsning/Funksjon	Ansvar/eierskap
Nettportaler og støttefunksjoner	Innbyggerportal HelseNorge	Norsk Helsenett
	Datainnehaverportal Helsedata.no	Koordinerende HDAB/FHI
	Databrukerportal Helsedata.no	Koordinerende HDAB/FHI
	Støttefunksjoner Helsenorge.no	Koordinerende HDAB/FHI
Kataloger	Datasettkatalog NO	Koordinerende HDAB/FHI
	Katalog TDHD	Koordinerende HDAB/FHI
	Katalog SPE	Koordinerende HDAB/FHI
Sikre behandlingsrom SPE	Interne forvaltningsrom	NorTRE
	Eksterne brukerrom	NorTRE
Forvaltning og vedtak	Søknadshåndtering	Ikke avklart / HDAB
	Vedtak	Ikke avklart / HDAB
	Fakturering	Ikke avklart / HDAB
	Dokumentering	Ikke avklart / HDAB
	Signifikante funn	Ikke avklart/ HDAB
	Avdekke feil	Ikke avklart / HDAB
	Innbyggers rettigheter	Ikke avklart / HDAB
	Rapportering	Ikke avklart / HDAB
Nasjonalt kontaktpunkt	Søknader EU	Koordinerende HDAB/FHI
	Datasettkatalog EU	Koordinerende HDAB/FHI

Kilde: Informasjon delt fra FHI.

Figur 3-4: Illustrasjon av struktur og sammenheng mellom de ulike rollene for sekundærdata.



Konsekvenser

Hvor omfattende konsekvensene for kommunene blir avhenger av hvordan oppgavene, ansvar og rollene rundt sekundærbruk organiseres. Enkelte oppgaver kan løses av kommunale fellesfunksjoner (på vegne av alle kommuner eller flere kommuner) og noen nye oppgaver vil gjelde den enkelte kommunen og virksomhetene. Eksempelvis er KS Digital foreslått som en aktør som kan være HDAB for kommunale data. Dersom slike fellesfunksjoner etableres, kan belastningen for den enkelte kommune bli mindre. Dersom de ikke etableres, kan kommunene i større grad måtte bygge opp kapasitet og kompetanse selv.

For den enkelte datainnehaver, stiller EHDS nye krav og oppgaver (se tabell under). Det handler om å ha oversikt over egne data, metadatabeskrivelser og kunne gjøre data tilgjengelig for sekundærbruk gjennom nasjonale prosesser. Dette kan gi behov for tekniske tilpasninger i systemer og økt kapasitet og kompetanse innen personvern, anonymisering og sikker deling.

Tabell 3-2: Oppgaver helsedatainnehaver, betrodd helsedatainnehaver og helsedataformidlingsenhet.

Rolle/funksjon	Oppgaver
Beskrive datasett	Gi oppdatert beskrivelse av datasett
Tilgjengeliggjøre datasett	Ikke-persondata tilgjengeliggjøres i godkjente åpne databaser; persondata utleveres til SPE; databehandling og lagring
Understøtte HDAB (forvaltning og vedtak), rapportere til datainnehaver	Informere om IP-rettigheter, forretningshemmeligheter og databeskyttelse; utlevere helsedata til HDAB ved vedtak; fakturering og avgifter; informasjonsplikt/compliance; tilsynsfører/controller; informere om signifikante funn; rette opp feil; ivareta innbyggeres rettigheter (opt-out); rapportering
Utøve rolle som betrodd helsedatainnehaver (THDH)	Behandle søknader om begrenset datatilgang; gi anbefaling om vedtak til HDAB; tilsynsfører/controller
Utøve rolle som helsedataformidlingsenhet	Koordineringsenhet for strømlinjeformet datatilgang

Kilde: Informasjon delt fra FHI.

3.7 Myndighetsfunksjoner og markedskrav

Krav i forordningen

Forordningen stiller krav om at hvert land etablerer en nasjonal forvaltningsstruktur. Dette omfatter etablering av sentrale myndighetsfunksjoner, herunder digital helsemyndighet (DHA), koordinerende tilgangsforvalter for sekundærbruk (HDAB)[8] og markedsovervåkingsmyndighet (MSA).[9] Videre stilles det krav om etablering av nasjonale styrings- og forvaltningsprosesser, samt deltakelse i europeiske styringsstrukturer.

DHA skal ha ansvar for å implementere og håndheve reglene for primærbruk av helsedata. Myndigheten skal også bidra til tekniske løsninger som ivaretar innbyggernes rettigheter, og samarbeide med Datatilsynet og andre relevante aktører for å sikre en koordinert forvaltning av elektroniske helsedata. MSA skal føre tilsyn med markedet for elektroniske pasientjournalsystemer (EHR-systemer) og kontrollere at produsentene oppfyller kravene i EHDS-forordningen.

Markedskrav: Det stilles også krav til leverandører av EHR-systemer. De må sørge for at systemene har en loggkomponent og en interoperabilitetskomponent. Leverandører må i tillegg selvdeklarere at systemet oppfyller kravene og for nye systemer på EU-markedet må de også ha nødvendig CE-merking og test i godkjent testmiljø. Det er imidlertid høy usikkerhet knyttet til når kravene faktisk gjelder, hvorvidt eksisterende systemer må oppfylle kravene eller ikke, hva som er de konkrete tekniske kravene knyttet til interoperabilitet og standarder, omfanget av testing og sertifisering og når disse kravene faktisk slår inn og dermed hvor raskt leverandørene må tilpasse seg.

Minimumsløsning

På dette området har Helse- og omsorgsdepartementet plassert ansvaret for de påkrevde myndighetsfunksjonene hos ulike aktører. Helsedirektoratet er tillagt rollen som digital helsemyndighet (DHA), Direktoratet for medisinske produkter (DMP) rollen som markedsovervåkingsmyndighet (MSA), og FHI rollen som koordinerende/nasjonal tilgangsforvalter

[8] Se kapittel 3.6

[9] Som Digital helsemyndighet (DHA) skal Helsedirektoratet ivareta nasjonalt ansvar for gjennomføring av rettigheter og plikter knyttet til primærbruk av helseopplysninger, herunder ansvar for at det etableres nødvendige digitale løsninger, regler og andre virkemidler. Som Markedsovervåkingsmyndighet (MSA) skal DMP føre tilsyn med at pasientjournalsystemer og selvhjelpsapplikasjoner etterlever kravene i helsedataforordningen, inkludert veiledning til leverandører samt håndtering av klager og alvorlige hendelser. Beskrivelsen er basert på dokumentasjon og møteunderlag fra Helsedirektoratet.

(HDAB). Det legges også til grunn at de ansvarlige myndighetene deltar i europeiske styringsstrukturer. Som følge av markedskravene er det foreløpig lagt til grunn at NHN etablerer og drifter et testmiljø og at DMP tilgjengeliggjør godkjenningsordninger og selvdeklareringsprosess.

Konsekvenser

Det vil kunne komme krav fra nasjonale myndighetsorganer (DHA, HDAB, MSA) knyttet til klagehåndtering og oppfølging av innbyggerrettigheter og krav til lokal etterlevelse av regelverk i kommunene. For kommune-Norge *kan* det også bli aktuelt med deltakelse i styrings- og samordningsstrukturer.

Leverandører av EHR-systemer vil bli særlig påvirket av markedskravene til EHDS. Dette vil påvirke kommuner indirekte gjennom anskaffelser av nye systemer. Det er foreløpig flere uavklarte forhold rundt markedskravene og de juridiske detaljene rundt hvilke krav som gjelder, når de blir gjeldende, og hvilke systemer som faktisk omfattes.

4 Kostnadsanalyse – minimumsløsning

Minimumsløsningen skisserer en rekke tiltak som må iverksettes av helseforvaltningen (Helsedirektoratet, FHI og NHN) for å tilfredsstille kravene til tilgang og deling av primær- og sekundærdata. I tillegg til nye nasjonale funksjoner og utvikling/videreutvikling av fellesløsninger innebærer minimumsløsningen at leverandører må tilpasse sine systemer til nye krav og tjenester og at kommunale virksomheter vil måtte gjennomføre organisatoriske justeringer.

Kostnadene for helseforvaltningen handler om etablering av nye fellesfunksjoner og (videre)utvikling av nasjonale løsninger, og er inndelt i de seks områdene som er beskrevet i kapitel 3: pasientoppsummering, e-resept og utleveringsinformasjon, innbyggers rettigheter, sekundærbruk av helsedata og myndighetsfunksjoner og markedskrav. Kostnadene for leverandører handler om tilpasning av systemer og nye markedskrav. Kostnader for kommunale tjenester handler primært om organisatoriske endringer som opplæring og endring i arbeidsprosesser. De to sistnevnte går på tvers av de seks områdene og behandles som separate kostnadsposter. Analysen er derfor delt inn i åtte kostnadsposter: seks poster for helseforvaltningen, én samlet post for tilpasninger av systemer og én samlet post for opplæring og arbeidsprosesser.

Kostnadsanalysen gjøres i to trinn. Først anslår vi de samlede kostnadene for Norge. Deretter estimerer vi kommunesektorens andel av kostnadene, basert på foreløpige forutsetninger om hvordan kostnadene fordeles mellom aktører.

Trinn 1: samlede kostnader for Norge

For tre av kostnadspostene, pasientoppsummering, e-resept og innbyggerrettigheter, har vi mottatt foreløpig kostnadsinformasjon fra Norsk helsenett, som brukes direkte i estimatet. For de øvrige kostnadspostene finnes det ikke tilsvarende norske estimater i dag. Her bruker vi analyser fra Sverige, Danmark og Nederland som grunnlag for å anslå størrelsesorden, vurdert opp mot Helsedirektoratets gapanalyse og mottatt informasjon fra Helsedirektoratet og FHI. Kostnadsanslagene bør derfor tolkes som anslag på størrelsesorden. Begrensninger ved bruk av internasjonale analyser er nærmere omtalt i vedlegg.

Trinn 2: andel av samlede kostnader som tilfaller kommunene

I dette trinnet anslår vi hvor stor del av de samlede kostnadene som vil falle på kommunesektoren. Ettersom mye fortsatt er uavklart om løsningene og oppgavefordelingen mellom aktørene, må fordelingen ses som en grov forenkling. For kostnader i helseforvaltningen legger vi til grunn at en tredel faller på kommunene, basert på dagens fordelingsmodell for Norsk helsenett. For tilpasninger av systemer legger vi til grunn at 60 prosent faller på kommunesektoren. Begrunnelsen er at kommunene har flere aktører og et mer fragmentert systemlandskap enn spesialisthelsetjenesten. For opplæring og arbeidsprosesser legger vi til grunn at 65 prosent faller på kommunesektoren. Begrunnelsen er at kommunene har flere ansatte og virksomheter enn spesialisthelsetjenesten, og større variasjon i organisering og systembruk.

Tabellen under oppsummerer kostnadspostene i analysen, hvem kostnadene gjelder, hvilket grunnlag som er brukt, og hvordan kommunesektorens andel beregnes.

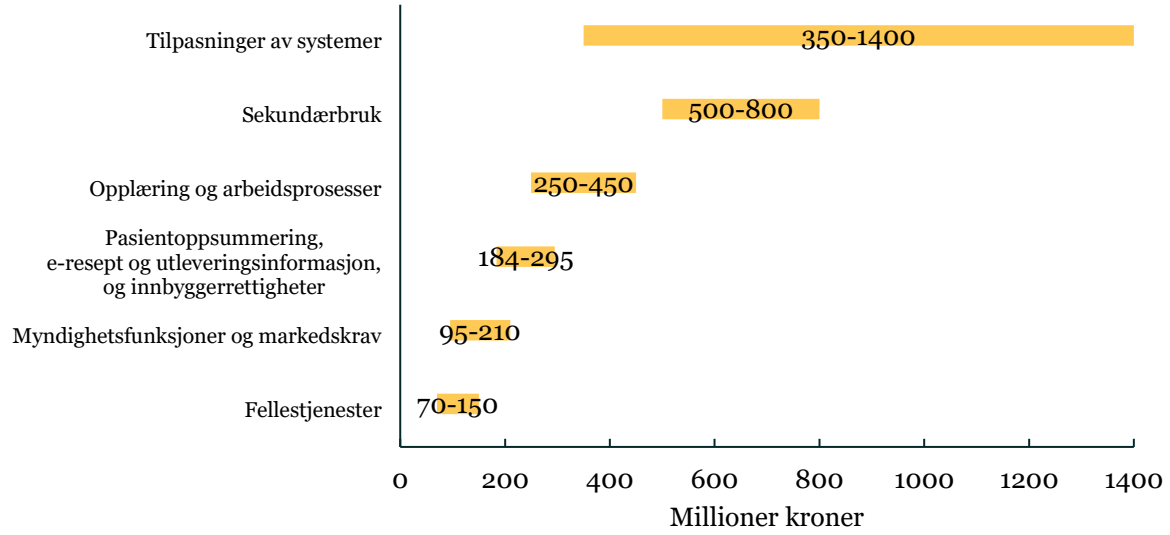
Tabell 4-1: Kostnadsposter, grunnlag og beregning av kommunesektorens andel

Kostnad for	Kostnadspost	Kilder for beregning av total kostnad for Norge	Kommunesektorens andel av totalen
Helseforvaltning	Pasientoppsummering	Foreløpig kostnadsinformasjon fra NHN (om NHNs kostander)	33 prosent
	E-resept og utleveringsinformasjon		
	Innbyggerrettigheter		
	Fellestjenester	Sverige/Nederland	
	Myndighetsfunksjoner og markedskrav	Sverige/Danmark/Nederland	
	Sekundærbruk	Danmark/Nederland	
Leverandører	Tilpasninger av systemer og markedskrav	Danmark/Nederland	60 prosent
Helse- og omsorgstjenesten	Organisatoriske endringer: Nye rutiner, prosesser og kompetanse	Danmark/Nederland	65 prosent

4.1 Samlede kostnader av EHDS

Samlet anslår vi kostnadene til 1,4-3,3 mrd. kroner for første fase av en minimumsløsning for EHDS i Norge. Figur 4-1 viser hvordan de samlede kostnadene fordeler seg på de ulike kostnadspostene.

Figur 4-1: Samlede estimerte kostnader ved første fase av en minimumsløsning for EHDS i Norge, fordelt på kostnadsposter



Kilde: Menon Economics, basert på foreløpige kostnadsestimater fra Norsk helsenett, samt analyser fra Sverige (E-hälsomyndigheten, 2025), Danmark (Deloitte, 2023) og Nederland (KPMG, 2025).

Tabell 4-2 oppsummerer grunnlaget som er brukt for å anslå kostnadene i analysen. De enkelte kostnadspostene gjennomgås nærmere nedenfor.

Tabell 4-2: Kostnadsposter, grunnlag og anslag i kostnadsanalysen.

Kostnadspost	Norsk grunnlag	Internasjonalt sammenligningsgrunnlag brukt	Anslag brukt i analysen
Pasientoppsummering, e-resept og innbyggerrettigheter	NHN: 113-192 mill. kr investering, 71-103 mill. kr drift	Ikke brukt	113-192 mill. kr investering, 71-103 mill. kr drift
Fellestjenester	Ikke tilsvarende norsk estimat	Sverige: 87 mill. SEK investering, 38 mill. SEK drift. Nederland: 35,2 mill. euro investering, 92,8 mill. euro drift	50-100 mill. kr investering, 20-50 mill. kr drift
Sekundærbruk	Ikke tilsvarende norsk estimat	Danmark: 49 mill. euro investering, 15,2 mill. euro drift. Nederland: 3,5-4,6 mill. euro investering, 9-16,5 mill. euro drift	400-600 mill. kr investering, 100-200 mill. kr drift
Myndighetsfunksjoner og markedskrav	Ikke tilsvarende norsk estimat	Danmark: 3,1 mill. euro investering, 3,2 mill. euro drift. Sverige: 40 mill. SEK investering, 107 mill. SEK drift. Nederland: 1,3-12 mill. euro investering, 14-45 mill. euro drift	20-60 mill. kr investering, 75-150 mill. kr drift
Tilpasninger av systemer	Leverandørinnspill brukt som skjønnsmessig justering	Nederland: 464-1 041 mill. euro investering, 348-781 mill. euro drift. Danmark: 50,2 mill. euro investering, 14,6 mill. euro drift*	200-800 mill. kr investering, 150-600 mill. kr drift
Opplæring og arbeidsprosesser	Ikke tilsvarende norsk estimat	Nederland: 210-350 mill. euro investering, 158-262 mill. euro drift. Danmark: 50,2 mill. euro investering, 14,6 mill. euro drift*	150-250 mill. kr investering, 100-200 mill. kr drift

Danmark skiller ikke mellom tilpasninger av systemer og opplæring/arbeidsprosesser. Det danske anslaget dekker begge kostnadstypene samlet. Kilde: Menon Economics, basert på foreløpige kostnadsestimater fra Norsk helsenett, samt analyser fra Sverige (E-hälsomyndigheten, 2025), Danmark (Deloitte, 2023) og Nederland (KPMG, 2025).

Pasientoppsummering, e-resept og utleveringsinformasjon og innbyggers rettigheter (kostnad for helseforvaltningen)

Vi har mottatt foreløpig kostnadsinformasjon fra NHN knyttet til utvikling og drift av løsninger på myndighetssiden for e-resept, pasientoppsummering og innbyggerrettigheter, og disse benyttes direkte i analysen. Kostnadsinformasjonen tilsier at disse tre områdene vil koste 113-192 mill. NOK i investeringer og 71-103 mill. NOK i drift i perioden 2026-2030. Kostnader i sektoren knyttet til disse områdene, som tilpasning av systemer, opplæring og endringer i arbeidsprosesser, er behandlet i egne kostnadsposter.

Fellestjenester (kostnad for helseforvaltningen)

Fellestjenester utgjør et eget område og omfatter tiltak som går på tvers av de øvrige områdene. De fungerer som muliggjørende infrastruktur for sikker og kontrollert utveksling av helsedata, herunder håndtering av identitetsdata samt autentisering og autorisasjon av helsepersonell. Kostnadene som anslås i dette avsnittet gjelder helseforvaltningens kostnader til den felles infrastrukturen. Vi har ikke mottatt tilsvarende norske kostnadsestimater for dette området. Vurderingene er derfor basert på analyser fra Sverige og Nederland. Danmark har ikke et eget, direkte sammenlignbart kostnadsanslag for fellestjenester. Sverige anslår kostnadene til 87 mill. SEK i investeringer og 38 mill. SEK i drift i perioden 2026-2029. Nederland anslår kostnadene til 35,2 mill. euro i investeringer og 92,8 mill. euro i drift over en femårsperiode (t-2 til t+2), uten å spesifisere eksakte årstall.[10]

Overførbarheten til Norge avhenger særlig av to forhold: ambisjonsnivået i løsningene og i hvilken grad funksjonalitet allerede er på plass eller må utvikles. Den norske minimumsløsningen er i hovedsak avgrenset til å identifisere utenlandske pasienter og helsepersonell og gi korrekt tilgang. Sverige dekker

[10] Kostnadsposten som er benyttet fra den svenske analysen er «Identitet, behörighet og spårbarhet», og fra den nederlandske analysen «Generieke functies».

dette, men inkluderer i tillegg utvikling av felles regler og løsninger for hvordan identitet og tilgang skal håndteres og deles mellom aktører. Dette kan øke kostnadene. Samtidig er det usikkert om disse elementene vil være nødvendige i en norsk løsning. Nederland dekker også identitet og tilgang, men inkluderer i tillegg funksjoner som samtykke, fullmakter og reservasjoner. I inndelingen som ligger til grunn for den norske minimumsløsningen, er disse funksjonene plassert under innbyggerrettigheter, noe som gjør kostnadene mindre direkte sammenlignbare. Både Norge og Sverige har allerede etablerte løsninger for identifisering av innbyggere og registre for helsepersonell. Det nye er primært å håndtere utenlandske identiteter og koble disse til nasjonale løsninger. Kostnadene vil derfor i stor grad knytte seg til tilpasning og samordning av eksisterende systemer, ikke til etablering av helt nye løsninger. Samlet tilsier dette at det norske kostnadsnivået trolig vil ligge nærmere det svenske enn det nederlandske. Som en grov tilnærming anslås kostnadene til om lag 50-100 mill. kroner i investeringer og 20-50 mill. kroner i drift i første fase.

Sekundærbruk (kostnad for helseforvaltningen)
Danmark anslår at kostnader for helseforvaltningen knyttet til sekundærbruk vil være 49 mill. euro i investeringer og 15,2 mill. euro i drift (periode ikke oppgitt). Nederland anslår at sekundærbruk vil koste 3,5-4,6 mill. euro i investeringer og 9-16,5 mill. euro i drift over en femårsperiode.[11] Det foreligger ikke anslag for sekundærbruk fra Sverige.

De danske og nederlandske estimatene er ikke direkte sammenlignbare. Det nederlandske anslaget dekker tilgangsforvaltning (HDAB) og nasjonalt kontaktpunkt, mens det danske anslaget i tillegg inkluderer infrastruktur for sekundærbruk. Infrastruktur er også en nødvendig del av en norsk løsning, noe som tilsier at det norske kostnadsnivået vil ligge nærmere det danske enn det nederlandske. Både Norge og Danmark har etablerte systemer for sekundærbruk av helsedata, særlig basert på omfattende bruk av nasjonale helseregistre og etablerte prosesser for tilgjengeliggjøring av slike data, og legger opp til en minimumstilnærming basert på videreutvikling av eksisterende løsninger. I motsetning til andre områder, hvor Norge ofte kan ligge lavere i kostnad, er det her forhold som trekker i retning av høyere kostnader i Norge. Den danske analysen forutsetter blant annet en eksisterende nasjonal dataplattform som ikke er kostnadsført. Analysen er også fra 2023 og kan undervurdere kostnader, særlig dersom kompleksiteten i løsningen ikke er fullt ut avklart.

Som en grov tilnærming kan kostnadene for sekundærbruk i Norge i første fase anslås til om lag 400-600 mill. kroner i investeringer og 100-200 mill. kroner i drift over perioden. Anslaget tar utgangspunkt i det danske estimatet, men det er særlig usikkerhet knyttet til driftskostnadene. Dette skyldes at den danske analysen dekker hele EHDS og ikke er avgrenset til første fase. Det nederlandske estimatet (9-16,5 mill. euro), som er knyttet til første fase, ligger på et tilsvarende nivå for driftskostnader og understøtter anslagets størrelsesorden.

Myndighetsfunksjoner og markedskrav (kostnad for helseforvaltningen)
Markedskrav medfører ikke kostnader for helseforvaltningen, men for leverandører. Kostnadene som anslås her gjelder derfor myndighetsfunksjoner. Danmark anslår at kostnader for helseforvaltningen knyttet til myndighetsfunksjoner vil være 3,1 mill. euro i investeringer og 3,2 mill. euro i drift (periode ikke oppgitt). Sverige anslår tilsvarende kostnader til 40 mill. SEK i investeringer og 107 mill. SEK i

[11] Kostnadspostene som er benyttet fra den danske analysen er «Infrastructure, provisioning and displaying data for purposes other than direct patient care» og «citizens' rights regarding secondary use of their data», og fra den nederlandske analysen «Instanties voor toegang til gezondheidsgegevens» og «National Contactpunt – Secundair gebruik»

drift i perioden 2026-2029. Nederland anslår kostnadene til 1,3-12 mill. euro i investeringer og 14-45 mill. euro i drift over en femårsperiode.[12]

Denne kostnadsposten er mer konkret enn de øvrige. Den omfatter etablering og drift av rollene digital helsemyndighet, markedsovervåkingsmyndighet og tilgangsforvaltning for sekundærbruk. Dette er funksjoner som i liten grad er etablert fra før og i stor grad må bygges opp i alle land. Kostnadene vil derfor være relativt like på tvers av land. Det danske estimatet er lavere enn de øvrige, fordi det ikke dekker alle disse funksjonene, noe som trolig skyldes at analysen er fra 2023. De svenske og nederlandske estimatene dekker i større grad de samme funksjonene som vurderes i Norge. Det nederlandske nivået ligger høyere enn det svenske og illustrerer usikkerheten i kostnadsnivået, mens det svenske anslaget fremstår som et nøkternt utgangspunkt. Som en grov tilnærming kan kostnadene for myndighetsfunksjoner i Norge anslås til om lag 20-60 mill. kroner i investeringer og 75-150 mill. kroner i drift over perioden. Anslaget tar utgangspunkt i det svenske estimatet og er konsistent med nedre del av det nederlandske intervallet.

Tilpasninger av systemer (kostnader i sektoren)
Dette er kostnader for leverandører av EHR-systemer og andre fagsystemer knyttet til tilpasning av systemer til kravene i EHDS. Kostnadene følger av tiltakene i de seks områdene og går på tvers av disse. Nederland anslår at kostnader for leverandører ved å tilpasse systemer til kravene i EHDS vil utgjøre 464-1 041 mill. euro i investeringer og 348-781 mill. euro i drift over en femårsperiode. Danmark har ikke en egen kostnadspost for tilpasning av systemer, men inkluderer dette sammen med endringer i arbeidsprosesser og opplæring. Samlet anslås disse kostnadene til 50,2 mill. euro i investeringer og 14,6 mill. euro i drift (periode ikke oppgitt). Det foreligger ikke anslag for tilpasning av systemer fra Sverige.[13]

Den nederlandske analysen er den mest relevante sammenligningen. Den omfatter tre typer tiltak: å koble aktører til nasjonal infrastruktur, å strukturere og standardisere data slik at de kan utveksles, og å oppdatere journalsystemer og andre fagsystemer. Dette er i stor grad de samme tiltakene som må gjennomføres i Norge. Den nederlandske analysen gir dermed et godt bilde av hvilke tiltak som inngår i denne kostnadsposten, men kostnadsnivået er høyt og ikke direkte overførbart til Norge. Dette skyldes i hovedsak et høyere ambisjonsnivå, med en bredere og mer omfattende omstilling av systemlandskapet. Anslaget inkluderer også ambisjoner utover det som er direkte EHDS-relatert. I tillegg kan kostnadene være høyere som følge av flere aktører og systemer, og dermed større kompleksitet. Leverandørinnspill trekker isolert sett i retning av lavere kostnader i Norge. Innspillene indikerer at de direkte utviklingskostnadene for enkelte leverandører kan være relativt begrensede. Samtidig er det betydelig usikkerhet knyttet til omfanget, blant annet fordi standarder, strukturering og kodeverk som EHDS vil kreve, i varierende grad er tatt i bruk i dagens systemer. Kostnadene kan derfor bli høyere enn leverandørinnspillene alene tilsier. Samlet tilsier dette at kostnadene i Norge trolig vil ligge lavere enn i Nederland, men det er betydelig usikkerhet om hvor mye lavere. Det er imidlertid begrenset grunnlag for å anslå hvor mye lavere. Som en illustrasjon av størrelsesorden kan kostnadene anslås til om lag 5-10 prosent av det nederlandske nivået. Dette tilsvarer om lag 200-800 mill. kroner i investeringer og 150-600 mill. kroner i drift over perioden. Selv med en slik nedskalering er kostnadene i størrelsesorden flere hundre millioner kroner. Den danske analysen er mindre egnet

[12] Kostnadspostene som er benyttet fra den danske analysen er «Establishment of a Digital Health Authority and Market Surveillance», og fra den svenske analysen «Samordnande myndighet for digital hälsa», og fra den nederlandske analysen «Digitale Gezondheidsautoriteit», «Marktoezichtautoriteit» og «Autoriteit Persoonsgegevens».
[13] Kostnadspostene som er benyttet fra den nederlandske analysen er «Landelijk dekkend netwerk (implementering)», «Registratie en uitwisseling van elektronische gezondheid» og «Verplichtingen marktdeelnemers (EPD-systemer)». Den danske analysen skiller mellom «national», «regions», «municipalities» og «general practice». I denne analysen legges det til grunn at «national» tilsvarer myndighetskostnader, mens øvrige nivåer samlet representerer kostnader i sektoren, inkludert tilpasning av systemer, og endringer i arbeidsprosesser og opplæring. Med denne tilnærmingen anslår Danmark kostnader på om lag 50,2 mill. euro i investeringer og 14,6 mill. euro i drift (periode ikke oppgitt).

for direkte sammenligning, siden den ikke har en egen kostnadspost for tilpasning av systemer. Den peker likevel mot kostnader i størrelsesorden flere hundre millioner kroner, noe som underbygger at dette er en betydelig kostnadspost.

Opplæring og arbeidsprosesser (kostnader i sektoren)
Dette er kostnader knyttet til opplæring av helsepersonell og tilpasning av arbeidsprosesser som følge av kravene i EHDS. Kostnadene følger av tiltakene i de seks områdene og går på tvers av disse. Nederland anslår at slike kostnader vil utgjøre 210-350 mill. euro i investeringer og 158-262 mill. euro i drift over en femårsperiode.[14]

Det høye kostnadsnivået i Nederland henger sammen med et høyere ambisjonsnivå, som innebærer større endringer i hvordan helsepersonell registrerer, finner og deler data, og dermed også større behov for opplæring og oppfølging. I tillegg vil Nederland ha høyere samlede implementeringskostnader som følge av flere innbyggere og helsepersonell. Det legges til grunn samme tilnærming som for tilpasning av systemer, der kostnadene i Norge anslås til om lag 5-10 prosent av det nederlandske nivået. For opplæring og arbeidsprosesser tilsvarer dette om lag 150-250 mill. kroner i investeringer og 100-200 mill. kroner i drift over perioden. Dette støttes av den danske analysen. Selv om kostnadene ikke er skilt ut som en egen post for opplæring og arbeidsprosesser, peker den likevel mot kostnader i størrelsesorden flere hundre millioner kroner.

4.2 Kostnader for kommunene

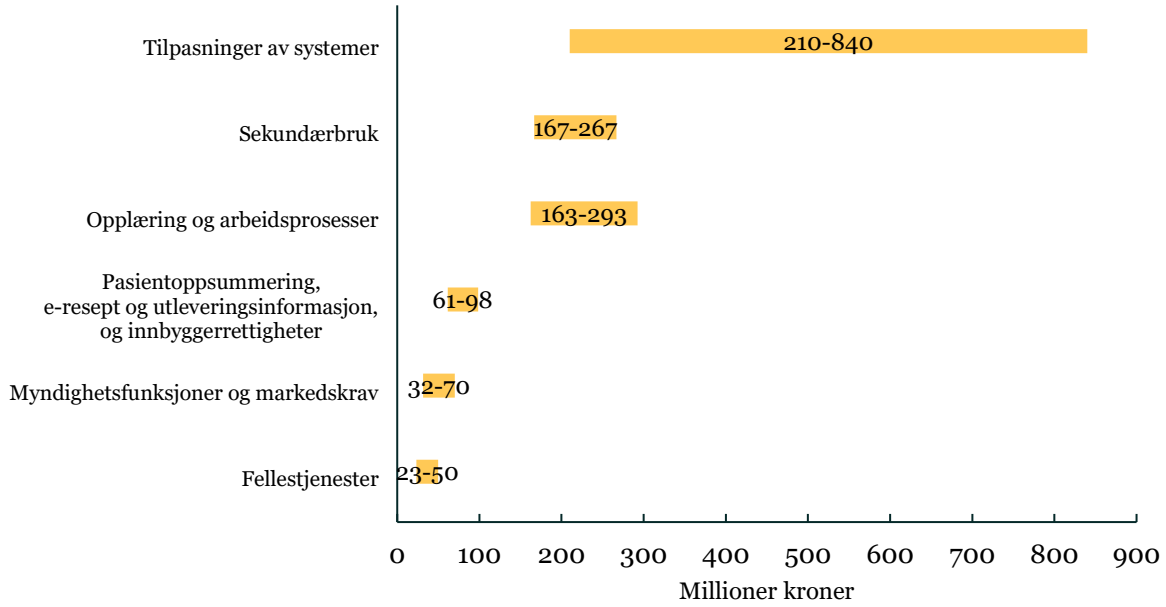
I dette kapittelet vurderes hvor stor andel av de samlede kostnadene fra kapittel 6.1 som faller på kommunene. Tiltakene i de seks områdene medfører både kostnader for helseforvaltningen og kostnader knyttet til tilpasning av systemer samt opplæring og arbeidsprosesser i sektoren.

For kostnader knyttet til helseforvaltningen legges det til grunn at kommunene bærer om lag en tredjedel av kostnadene. For kostnader knyttet til tilpasning av systemer samt opplæring og arbeidsprosesser legges det til grunn at kommunenes andel tilsvarer kommunesektorens andel av den samlede helse- og omsorgssektoren.

Kostnader for kommunene kan bli mellom 656-1 618 millioner kroner for en minimumsløsning i første fase av EHDS for kommunene. Figur 6-2 viser anslåtte kostnader for kommunesektoren fordelt på kostnadsposter.

[14] Kostnadspostene som er benyttet fra den nederlandske analysen er «Kosten Opleiding zorgverleners». Den danske analysen skiller mellom «national», «regions», «municipalities» og «general practice». I denne analysen legges det til grunn at «national» tilsvarer myndighetskostnader, mens øvrige nivåer samlet representerer kostnader i sektoren, inkludert tilpasning av systemer, og endringer i arbeidsprosesser og opplæring. Med denne tilnærmingen anslår Danmark kostnader på om lag 50,2 mill. euro i investeringer og 14,6 mill. euro i drift (periode ikke oppgitt).

Figur 4-2: Estimerte kostnader for kommunesektoren ved første fase av en minimumsløsning for EHDS, fordelt på kostnadsposter.



Kilde: Menon Economics, basert på kostnadsgrunnlaget i Figur 4-1.

Kostnader knyttet til helseforvaltningen/NHN

En betydelig del av kostnadene ved EHDS knytter seg til utvikling og drift av sentral infrastruktur og myndighetsfunksjoner. Dette omfatter blant annet løsninger for e-resept, pasientoppsummering, fellestjenester, sekundærbruk og myndighetsoppgaver. Kostnadene påløper i helseforvaltningen. I denne analysen legges det til grunn at kommunene dekker om lag en tredjedel av disse kostnadene. Basert på anslagene i kapittel 0 innebærer dette at kommunenes andel av kostnadene i helseforvaltningen samlet kan anslås til om lag 195-317 mill. kroner i investeringer og 89-167 mill. kroner i drift.

Tilpasninger av systemer

Kostnadene for tilpasning av systemer er i kapittel 4.1 anslått til om lag 200-800 mill. kroner i investeringer og 150-600 mill. kroner i drift over perioden. Kostnadene drives av kravene knyttet til de seks områdene som er beskrevet i kapittel 3. Dette omfatter blant annet nye krav til EHR-systemer, herunder krav til loggkomponent og interoperabilitetskomponent, nye standarder og kodeverk, tekniske endringer gjennom integrasjoner og samhandling med fellesløsninger, samt eventuell selvdeklarering, testing og dokumentasjon. Disse kostnadene påløper i sektoren og må fordeles mellom kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Kommunesektoren består av et stort antall aktører med mer fragmenterte systemlandskap og mindre standardisering av data, kodeverk og arbeidsprosesser enn spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten består av færre aktører og benytter i større grad felles og standardiserte løsninger. Dette trekker i retning av at kommunesektoren vil bære en større andel av kostnadene. På denne bakgrunn legges det til grunn at 60 prosent av kostnadene for tilpasning av systemer tilfaller kommunesektoren. Dette tilsvarer om lag 120-480 mill. kroner i investeringer og 90-360 mill. kroner i drift.

Opplæring og arbeidsprosesser

Kostnadene for opplæring og arbeidsprosesser er i kapittel 4.1 anslått til om lag 150-250 mill. kroner i investeringer og 100-200 mill. kroner i drift over perioden. Kostnadene omfatter organisatorisk implementering, opplæring og tilpasning av arbeidsprosesser som følge av kravene beskrevet i kapittel

3. Ansatte i helsetjenesten må ta i bruk nye eller endrede løsninger og forholde seg til nye krav, blant annet knyttet til innbyggernes rettigheter, tilgang til helsedata, bruk av standardiserte formater og mer strukturert dokumentasjon. Dette vil kreve nye rutiner for informasjonsdeling og kan påvirke kliniske og administrative arbeidsflyter. Det må også forventes redusert produktivitet i en implementeringsfase. Erfaringer fra store omstillingsprosjekter i helsesektoren tilsier at slike organisatoriske implementeringskostnader kan være høye.

Kostnadene påløper i sektoren og må fordeles mellom kommunesektoren og spesialisthelsetjenesten. Kommunesektoren har et stort antall ansatte og virksomheter, og større variasjon i organisering og systembruk enn spesialisthelsetjenesten. Dette gjør implementering, opplæring og endring av arbeidsprosesser mer krevende å gjennomføre samlet i kommunesektoren. Endringsbyrden kan også bli forsterket av samtidighet med andre digitaliseringsprosesser, herunder pågående innføring av nasjonale e-helseløsninger og anskaffelser av nye EPJ-systemer.

Kravene til sekundærbruk kan også påvirke kommunenes arbeidsprosesser, gjennom rollen som datainnehavere for egne helse- og omsorgsdata. Dette kan blant annet gjelde rutiner for å beskrive, tilgjengeliggjøre og tilrettelegge data i tråd med nasjonale prosesser for tilgangsstyring, metadata og informasjonssikkerhet.

På denne bakgrunn legges det til grunn at 65 prosent av de samlede kostnadene for opplæring og arbeidsprosesser tilfaller kommunesektoren. Dette tilsvarer om lag 98-163 mill. kroner i investeringer og 65-130 mill. kroner i drift.

Modernisering av EPJ og betydning for konsekvenser for kommuner av EHDS
Kommunenes pågående anskaffelser av moderne elektroniske pasientjournalsystemer (EPJ) er en mulig inngang til å vurdere i hvilken grad sektoren er forberedt på kravene som følger av EHDS og hvor omfattende kostnadene kan bli.

De fleste kommunene har nå enten anskaffet (ca. 200 kommuner) eller har planer om å anskaffe moderne EPJ-løsninger.[15] Med moderne EPJ-systemer menes i denne sammenheng i hovedsak skybaserte og web-baserte løsninger (SaaS), med bedre støtte for integrasjon, standarder (f.eks. HL7 FHIR) og kontinuerlig videreutvikling gjennom leverandørens plattform. Anbud til en verdi på over 4 milliarder kroner har vært utlyst det siste året.[16] Leverandørene av EPJ-systemer som vi har intervjuet oppgir at deres vurderinger i dag er at løsningene vil kunne bli «EHDS-compliant» med relativt begrensede investeringer i utvikling og tilpasning: konkret har det blitt anslått at det vil kreve 4-6 programmerer-årsverk per leverandør å komme i henhold. Samtidig er EHDS fortsatt under utvikling, og mange av de konkrete kravene, særlig tekniske spesifikasjoner, er ikke avklart. Det innebærer at dagens anskaffelser i praksis baserer seg på antagelser om fremtidige behov, snarere enn konkrete og verifiserbare krav.

De fleste anskaffelser tar utgangspunkt i felles rammer og anbefalinger utviklet av KS i samarbeid med kommunene.[17] Disse legger vekt på etterlevelse av gjeldende regelverk og på at leverandørene skal kunne støtte fremtidige krav. Likevel er det i mange tilfeller begrenset grad av eksplisitt kravstilling

[15] Medwatch, 2026a
[16] Medwatch, 2026b
[17] Alle leverandører av EHR-systemer må utvikle en interoperabilitetskomponent i henhold til krav som fastsettes gjennom EHDS. Tilsvarende må EHR-systemer oppfylle krav til sikkerhet og personvern ved at leverandørene utvikler en loggekomponent. Loggen skal være digitalt tilgjengelig. Spesifikasjoner for begge komponentene vil bli klare som del av gjennomføringsrettsakter. Leverandører vil ha betydelig frihet til å bestemme hvordan disse komponentene skal bygges, så lenge spesifikasjonene er oppfylt. Kommunen bør be leverandør beskrive hvordan de vil tilpasse systemet til å oppfylle krav som fastsettes gjennom EHDS (KS, u.å.).

knyttet til EHDS i konkurransegrunnlagene. Enkelte anskaffelser, som samarbeidet ledet av Lillestrøm kommune, har inkludert krav om at løsningen skal være kompatibel med EHDS.

Kontraktsmessig åpner mange av avtalene for videreutvikling og tilpasning av systemene i tråd med nye krav, inkludert EHDS. Dette gir fleksibilitet, men innebærer samtidig at kostnadene knyttet til tilpasning i stor grad skyves frem i tid. Slike tilpasninger vil kunne medføre betydelige alternativkostnader, ved at utviklingsressurser må omprioriteres fra andre tiltak. For kommunene kan dette innebære at planlagt funksjonalitet eller forbedringer blir forsinket eller nedprioritert som følge av EHDS-relaterte behov.

I tillegg til systemtilpasninger vil implementering av EHDS medføre organisatoriske endringer. Økt krav til strukturert registrering, bruk av standarder og tilgjengeliggjøring av data vil påvirke arbeidsprosessene i helse- og omsorgstjenesten. Dette vil utløse behov for opplæring, endringsledelse og tilpasning av arbeidsrutiner. Slike kostnader er i liten grad synliggjort i selve anskaffelsene, men vil være sentrale for den samlede belastningen på kommunene.

En særlig utfordring gjelder kommuner som i dag ikke fullt ut benytter nasjonale e-helseløsninger som pasientens legemiddelliste, kjernejournal og reseptformidleren. Dersom etterlevelse av EHDS i praksis forutsetter integrasjon med slike fellesløsninger, vil kommuner med et etterslep måtte håndtere både nasjonale og europeiske krav parallelt. Dette kan føre til en dobbel implementeringsbelastning og økte kostnader sammenlignet med kommuner som allerede er tett integrert med nasjonal infrastruktur.

Kommunene forbereder seg likevel på EHDS på flere måter utover selve anskaffelsene. Dette inkluderer arbeid med å forbedre datakvalitet, ta i bruk nasjonale løsninger, følge nasjonale anbefalinger og bidra til standardisering, blant annet gjennom bruk av HL7 FHIR[18]. KS har også varslet tiltak for å styrke kommunenes bestillerkompetanse, etablere felles mekanismer for leverandøroppfølging og legge til rette for mer koordinert dialog med markedet.

Samlet sett tyder analysen på at kommunene i stor grad forbereder seg indirekte på EHDS gjennom modernisering av EPJ-systemer og tilpasning til nasjonale rammer. Samtidig er det begrenset eksplisitt kobling til EHDS i mange anskaffelser, og betydelige deler av kostnader og konsekvenser er forskjøvet til en senere implementeringsfase. Dette skaper usikkerhet knyttet til både økonomiske og organisatoriske konsekvenser, og understreker behovet for videre oppfølging og konkretisering av kravene.

4.3 Usikkerhet og begrensninger i kostnadsanalysen

Begrensninger ved bruk av internasjonale analyser
Ved bruk av internasjonale analyser som grunnlag for norske kostnadsanslag er det særlig fire forhold som påvirker overførbarheten:

- Om landet er sammenlignbart med Norge når det gjelder helsesystem, digital modenhet og eksisterende infrastruktur
- Om EHDS implementeres med om lag samme ambisjonsnivå og løsningsvalg
- Om analysen dekker samme del av EHDS som den norske analysen
- Om analysen bruker kostnadsposter som kan sammenlignes med vår inndeling

[18] HL7 FHIR er en internasjonal standard for hvordan helsedata kan deles digitalt mellom ulike systemer.

Disse forholdene varierer mellom analysene fra Sverige, Danmark og Nederland. Anslagene må derfor tolkes og tilpasses til norsk kontekst før de brukes som grunnlag for kostnadsanalysen.

Sammenlignbarhet mellom landene

Sverige, Danmark og Nederland er relevante sammenligningsland. Landene har offentlig finansierte helsesystemer med høy digital modenhet. De har også alle, i noen grad, eksisterende e-helseløsninger, helseregistre og digital samhandlingsinfrastruktur som EHDS kan bygge videre på. Samtidig er det vanskelig å overføre kostnader direkte mellom land. Norge har kommet særlig langt i digitaliseringen av helse- og omsorgssektoren, og utgangspunktet for å innføre EHDS kan derfor være annerledes enn i sammenligningslandene. I tillegg kan forskjeller i systemlandskap, leverandørmarked og organisering av helse- og omsorgstjenestene, inkludert kommunestruktur, gjøre kostnadene mindre overførbare. Befolkningsstørrelse er et annet mulig problem for sammenlignbarheten. Norge har færre innbyggere og færre aktører enn flere av sammenligningslandene, men mange av kostnadene ved EHDS er knyttet til utvikling av løsninger, infrastruktur og felleskomponenter. Slike kostnader varierer ikke direkte med befolkningsstørrelse.

Forskjeller i omfang, ambisjonsnivå og kostnadsdekning

Den norske analysen tar utgangspunkt i første fase av minimumsløsningen. Analysene fra Sverige, Danmark og Nederland er relevante sammenligningsgrunnlag, men avviker fra dette utgangspunktet på ulike måter. Danmark har et minimumsscenario som ligner den norske tilnærmingen, men analysen dekker hele EHDS og ikke bare første fase. Sverige og Nederland vurderer første fase, men legger til grunn et høyere ambisjonsnivå enn den norske minimumsløsningen.

I vår analyse opererer vi med åtte kostnadsposter, fordelt på kostnader for helseforvaltningen, tilpasninger av systemer i sektoren, og opplæring og arbeidsprosesser. For å kunne bruke anslag fra andre land må kostnadene kunne kobles til denne inndelingen. De internasjonale analysene fordeler i hovedsak kostnader på komponenter, som i stor grad kan knyttes til de seks funksjonelle områdene i vår analyse. Dette gjør analysene relevante, men de dekker ikke de samme kostnadene. Forskjeller i omfang, ambisjonsnivå og kostnadsdekning er oppsummert i tabellen under.

Tabell 4-3: Sammenligning av den norske analysen og de internasjonale analysene

Land	Fase	Ambisjonsnivå	Kostnader inkludert	Merkostnader?	Hva dette betyr for overførbarhet
Vår analyse	Første fase	Lavt / minimum	Alle tre: forvaltning, leverandører, arbeidsprosesser og opplæring	Ja, så langt mulig	Referansepunkt
Danmark	Hele EHDS	Lavt / minimum	Alle tre, men skiller ikke mellom leverandører og arbeidsprosesser	Ja	Sammenlignbart ambisjonsnivå, men bredere omfang
Sverige	Første fase	Høyere, løfter nasjonalt nivå	Kun forvaltning	Ikke eksplisitt avklart	Samme fase, men høyere ambisjonsnivå og mangler kostnader i sektoren
Nederland	Første fase	Høyere, del av bredere løft av nasjonal infrastruktur	Alle tre	Nei	Samme fase, men høyere ambisjon og inkluderer kostnader utover EHDS

Metodiske forskjeller

Det er også forskjeller i det metodiske grunnlaget for analysene. Den danske analysen, slik vi har tilgang til den, oppgir ikke hvilke kilder eller datagrunnlag som ligger til grunn for estimatene. Den bygger på antakelser om implementeringsvalg og standardiserte forutsetninger for drift, og er eksplisitt på at den kun estimerer merkostnader som følge av EHDS.

Den svenske analysen estimerer kostnader per komponent basert på E-hälsomyndighetens erfaringer fra lignende aktiviteter, justert for kompleksitet og samordnet for overlapp og synergier. Analysen omfatter imidlertid kun kostnader for helseforvaltningen, og gir derfor ikke grunnlag for å anslå kostnader knyttet til systemtilpasninger, opplæring og endrede arbeidsprosesser i sektoren.

Den nederlandske analysen bygger i stor grad på tidligere analyser av nasjonale initiativer for datautveksling og infrastruktur, hvor kostnadsanslag er gjenbrukt og justert i lys av EHDS. Analysen fordeler kostnader mellom offentlig og privat sektor, noe som gjør den mulig å koble til vår inndeling. Samtidig er den eksplisitt på at deler av kostnadene knytter seg til eksisterende nasjonale initiativer og ikke fullt ut kan tilskrives EHDS.

Samlet vurdering av de internasjonale analysene
De internasjonale analysene er relevante som grunnlag for å anslå størrelsesorden på kostnadene i Norge. Landene er sammenlignbare med Norge når det gjelder digital modenhet, organisering av helsetjenesten og eksisterende infrastruktur. Analysene er også i hovedsak bygget opp rundt komponenter som kan kobles til de seks områdene i vår analyse.

Samtidig er det viktige forskjeller. Danmark er mest sammenlignbar på ambisjonsnivå, men dekker hele EHDS og ikke bare første fase. Sverige og Nederland dekker første fase, men legger til grunn et høyere ambisjonsnivå enn minimumsløsningen. Sverige omfatter kun kostnader for helseforvaltningen, mens Nederland også inkluderer kostnader som ikke fullt ut kan tilskrives EHDS.

Samlet tilsier dette at de internasjonale analysene er relevante som grunnlag for norske kostnadsanslag, men at overførbarheten varierer mellom kostnadspostene.

Øvrige usikkerhetsmomenter i kostnadsanalysen
I tillegg til usikkerheten knyttet til de internasjonale analysene er det særlig tre forhold som påvirker kostnadsanalysen.

- **Avgrensning mot referansebanen**
  Kostnadene er definert som merkostnader som følge av EHDS, altså kostnader utover det som ville fulgt av pågående digitalisering. I praksis er dette skillet vanskelig å trekke, fordi utviklingen i sektoren i stor grad går i samme retning som kravene i EHDS. Tiltak som fremstår som EHDS-utløste merkostnader, kan derfor i noen tilfeller også være tiltak som helt eller delvis ville blitt gjennomført uavhengig av forordningen.
- **Uavklarte forhold på EU-nivå og i nasjonal gjennomføring**
  Det er fortsatt usikkerhet om hva EHDS vil innebære i praksis, og dermed hvilke tiltak som må gjennomføres og hvem som får ansvar. Dette skyldes blant annet at flere gjennomføringsrettsakter fra EU ikke er ferdigstilt, og at juridisk tolkning, ansvarsdeling og valg av tekniske løsninger i norsk gjennomføring ikke er endelig avklart.
- **Kommunesektorens forutsetninger**
  Det er også usikkerhet knyttet til kommunesektorens digitale utgangspunkt. Dersom mange kommuner har eldre eller mindre tilpassede systemer, kan behovet for lokale tilpasninger, opplæring og endrede arbeidsprosesser bli større enn lagt til grunn. Dette kan øke både de samlede kostnadene og kommunesektorens andel.

5 Hva kan påvirke konsekvensene for kommunene?

Kapittel 4 anslår kostnadene ved første fase av en minimumsløsning for EHDS. De faktiske konsekvensene for kommunene vil likevel avhenge av flere forhold som ikke er avklart. Dette kapittelet drøfter først hva som kan gjøre innføringen mer eller mindre krevende. Deretter ser vi nærmere på EPJ-markedets betydning for kostnader og gjennomføring, hvordan finansieringsmodellen kan påvirke hvilke kostnader kommunene faktisk må bære, og hvordan kommunenes tilgang til data kan påvirke nytten av EHDS.

5.1 Drivere for kostnader og kompleksitet i innføringen av EHDS

Hvordan EHDS innføres nasjonalt, har stor betydning for kommunene. Særlig seks forhold påvirker hvor krevende innføringen blir:

Hvilket ambisjonsnivå og hvilke juridiske og tekniske krav som legges til grunn
Hvor krevende innføringen blir, avhenger både av nasjonale valg og av hvordan norske myndigheter tolker kravene i EHDS og kommende gjennomføringsrettsakter. Dersom kravene tolkes slik at flere funksjoner eller systemer omfattes, eller dersom de tekniske kravene blir mer omfattende enn lagt til grunn i minimumsløsningen, vil behovet for lokale tilpasninger i kommunene øke. Det kan innebære at flere funksjoner og krav må implementeres direkte i kommunale journalsystemer og arbeidsprosesser, noe som kan øke både kostnader og gjennomføringsrisiko.

Hvor mye helseforvaltningen avlaster kommunene gjennom nasjonale løsninger
Jo mer helseforvaltningen løser gjennom nasjonale løsninger og overgangsordninger, desto lavere blir belastningen på kommunene. Felleskomponenter og nasjonale integrasjoner kan redusere behovet for lokale investeringer og tekniske tilpasninger. Dersom kommunene i større grad må håndtere tilpasninger selv, vil både ressursbehovet og risikoen for ulik gjennomføring øke.

Hvor lang overgangsperiode kommunene får i praksis
En lengre overgangsperiode gir kommunene bedre mulighet til å spre investeringer og tilpasse arbeidsprosesser gradvis. Det kan også gjøre det lettere å samordne EHDS-arbeidet med planlagte EPJ-anskaffelser og digitaliseringsprosjekter. Korte tidsfrister vil derimot kunne tvinge fram raske investeringer og parallell drift av gamle og nye løsninger, noe som øker kostnadene.

Hvor bredt EHDS treffer kommunale systemer og tjenester
Jo flere kommunale tjenester og fagsystemer som omfattes av EHDS, desto større blir behovet for tilpasninger. Dette gjelder særlig områder med lavere digital modenhet, der systemene i mindre grad er standardiserte eller integrerte i dag. Fastlegeområdet har kommet relativt langt i bruk av moderne EPJ-systemer, mens andre kommunale områder, som tannhelse, helsestasjon og skolehelsetjeneste, psykisk helse og rus, ofte har lavere digital modenhet. Samtidig er moderne EPJ-systemer ikke nødvendigvis ensbetydende med at nasjonale kodeverk og fellesløsninger er tatt i bruk. Helseplattformen illustrerer at et system kan være strukturert på en måte som ligger nærmere EHDS-logikken, men likevel være krevende å koble til dagens norske fellesløsninger på grunn av ulike standarder og forutsetninger.

Hvor stort gapet er mellom pågående digitalisering og hva EHDS krever

Innføringen kan også bli mer krevende dersom gapet mellom dagens utvikling og kravene i EHDS viser seg å være større enn lagt til grunn. En sentral forutsetning for minimumsløsningen er at dette gapet er relativt lite. Det betyr at Norge og kommunesektoren i stor grad allerede beveger seg i en retning som støtter de mest sentrale kravene i forordningen. Den norske EHDS-løsningen bygger på den nasjonale e-helsestrategien, og dette er en viktig grunn til at Norge vurderes å ha gode forutsetninger for å håndtere EHDS. Hvor godt denne forutsetningen treffer, avhenger blant annet av om kommunale tjenester og systemer i tilstrekkelig grad bruker standarder og kodeverk. Dersom informasjon i dag registreres som fritekst, lokalt tilpassede kategorier eller på ulik måte på tvers av systemer, kan behovet for tilpasninger bli større.

Hvor store opplærings- og omstillingskostnadene blir
Opplæring og omstilling er den delen av innføringen som i minst grad kan løses gjennom nasjonale tiltak. Opplæring og endring av arbeidsprosesser må i stor grad håndteres lokalt i kommunene. Store omstillingsbehov kan derfor gi betydelige kostnader knyttet til kompetanseheving, endringsledelse og midlertidig redusert produktivitet i tjenestene.

Samlet sett kan første fase bli håndterbar for kommunene dersom flere sentrale forutsetninger holder: at helsemyndighetene legger seg på et nøkternt ambisjonsnivå, at NHN leverer de nødvendige nasjonale løsningene, og at EPJ-leverandørene gjennomfører nødvendige tilpasninger til begrensede kostnader. I et slikt scenario kan endringene i stor grad håndteres gjennom gradvis tilpasning og innpasses i utvikling som uansett ville kommet gjennom planlagt og pågående digitalisering.

5.2 EPJ-markedets betydning for kostnader og gjennomføring

Kommunenes kostnader og gjennomføringsevne vil i stor grad avhenge av hvordan EHDS-kravene håndteres i EPJ-markedet. Kommunene skal ikke selv utvikle de tekniske løsningene, men er avhengige av at kravene implementeres i EPJ-systemene og andre fagsystemer de bruker. Utviklingen i leverandørmarkedet og konkurransesituasjonen kan derfor få betydning for hvilke kostnader kommunene faktisk møter, hvor raskt kravene kan innfris, og hvor stor valgfrihet kommunene har på sikt. Dette er særlig relevant fordi det for tiden gjennomføres flere store anskaffelser av EPJ-systemer i kommunesektoren. Foreløpige erfaringer tyder på at et begrenset antall leverandører vinner de største kontraktene, noe som kan indikere en viss konsolidering i markedet. Et mer konsentrert leverandørmarked kan påvirke kommunenes forhandlingsposisjon, og dermed også kostnadsnivå og prioriteringer i videreutviklingen av løsningene.

Leverandørdialogen tyder på at EHDS-tilpasningene kan være håndterbare. Likevel vil kommunenes kostnader i stor grad realiseres gjennom leverandørmarkedet, blant annet gjennom vedlikeholdsavtaler, videreutvikling og prioritering av utviklingskapasitet. Det er samtidig usikkert hvordan EHDS-kravene vil slå ut for dagens systemer. Det er foreløpig ikke avklart hvilke systemer som omfattes av markedskravene, når kravene får virkning, hvordan kravene skal testes og håndheves, eller hvilke konsekvenser manglende etterlevelse får. Kravene kan derfor få betydning for hvilke systemer som over tid fremstår som robuste valg for kommunene, og for vurderingen av om enkelte systemer bør videreutvikles, erstattes eller fases ut. Systemer og leverandører med begrenset evne til å dokumentere etterlevelse, håndtere krav til interoperabilitet og logging, og tilpasse seg nasjonale fellesløsninger, kan bli mindre aktuelle i fremtidige anskaffelser og videreutviklingsløp.

Samtidig er et mål med EHDS å fremme et mer velfungerende indre marked for digitale helsetjenester og produkter i Europa, blant annet gjennom harmoniserte krav til EHR-systemer, selvdeklarering og CE-merking. På sikt kan dette legge til rette for mer konkurranse på tvers av land. I Norge bygger minimumsløsningen likevel i stor grad videre på nasjonal e-helsestrategi, med NHN i en sentral rolle og tett kobling til nasjonal infrastruktur og fellesløsninger. Denne tilnærmingen kan være

ressurseffektiv på kort sikt, men kan også opprettholde inngangsbarrierer for internasjonale leverandører.

Internasjonale leverandører må dermed ikke bare oppfylle europeiske krav, men også tilpasse seg norske integrasjoner, standarder og styringsmodeller. Selv om EHDS på sikt kan åpne for økt konkurranse, kan den kort- til mellomlangsiktige effekten i Norge derfor bli et fortsatt relativt lukket marked. Dette kan få betydning for innovasjonstakt, kostnadsutvikling og valgfrihet i kommunesektoren.

5.3 Uavklart finansiering skaper risiko for at kostnader skyves til kommunene

Uavhengig av hvor store de samlede kostnadene ved EHDS blir, vil den faktiske belastningen for kommunene avhenge av hvordan kostnadene finansieres og fordeles. Finansieringsmodellen er foreløpig ikke avklart, og dette gir usikkerhet om hvor stor del av kostnadene kommunesektoren må bære.

Et første spørsmål er om deler av kostnadene kan dekkes gjennom EU-finansiering. EU finansierer flere fellesprosjekter som støtter gjennomføringen av EHDS, blant annet gjennom spesifikasjoner, veiledere og tekniske verktøy.[19] Norge deltar i flere av disse prosjektene gjennom EØS-samarbeidet, men bidragene tilbake er primært spesifikasjoner og kompetanse, ikke implementeringsmidler.[20] De fleste kostnadene ved å gjennomføre EHDS i Norge må derfor dekkes nasjonalt.

Når EU-finansiering i liten grad dekker nasjonal gjennomføring, må kostnader til myndighetsfunksjoner og nasjonal infrastruktur i hovedsak finansieres nasjonalt. Helsedirektoratet, DMP, FHI og Norsk helsenett får alle nye eller utvidede oppgaver som kan kreve økte rammer. Dersom dette ikke finansieres særskilt, må oppgavene håndteres gjennom omprioritering innenfor eksisterende budsjetter, noe som kan forsinke andre prioriterte digitaliseringstiltak. For kommunene er finansieringen av Norsk helsenett særlig viktig. Kostnadene til NHN fordeles i dag på brukerne gjennom en modell der kommunene dekker om lag en tredel. Dersom EHDS-relaterte oppgaver i NHN finansieres gjennom samme modell, kan deler av kostnadene ved nasjonale løsninger i praksis bli belastet kommunesektoren. Hvordan disse kostnadene finansieres, får derfor direkte betydning for hvor stor del av EHDS-kostnadene kommunene faktisk må bære.

I tillegg til kostnader som kan komme via nasjonale løsninger, kan kommunene få egne kostnader som følge av nye eller utvidede oppgaver. EHDS kan blant annet gi kommunene nye oppgaver som helsedatainnehavere, gjennom tilpasning av EPJ-systemer, endrede arbeidsprosesser, opplæring og håndtering av innbyggerrettigheter. Etter finansieringsprinsippet i konsultasjonsordningen mellom regjeringen og KS skal kommunesektoren kompenseres når staten pålegger kommunene nye oppgaver eller plikter. For kommunene kommer EHDS i tillegg til store pågående EPJ-anskaffelser. Selv om enkelte tekniske tilpasninger kan håndteres innenfor eksisterende leverandørkontrakter, vil kostnader knyttet til opplæring, endringsledelse, mer strukturert dokumentasjon og rettighetshåndtering i stor grad måtte håndteres lokalt. Dersom slike kostnader ikke kompenseres, må de dekkes innenfor kommunenes ordinære økonomiske rammer.

En tidlig avklaring av finansieringsmodellen vil være viktig for å redusere usikkerheten for kommunesektoren. Det gjelder særlig hvilke EHDS-relaterte kostnader hos NHN, Helsedirektoratet,

[19] Eksempler er Xt-EHR, som utvikler implementeringsveiledere og tekniske spesifikasjoner, EHDS2 Pilot Project, TEHDAS 2 for sekundærbruk og QUANTUM for datakvalitetsmerking.
[20] European Commission, 2024

DMP og FHI som skal dekkes direkte av staten, hvordan kommunesektoren skal kompenseres for nye oppgaver, og hvordan kostnader til EPJ-tilpasninger skal fordeles mellom kommunene og leverandørene. Uten en slik avklaring øker risikoen for uensartet gjennomføring, for at kostnader skyves over på kommunene gjennom eksisterende finansieringsmodeller, og for at enkelte kommuner får større problemer med å oppfylle kravene innen frist.

5.4 Kommunenes tilgang til data kan påvirke nytten av EHDS

Sekundærbruk vil kreve tekniske og administrative tilpasninger i kommunene, fordi kommunale helse- og omsorgsdata i dag i begrenset grad deles til sekundære formål. Samtidig kan EHDS gi kommunene bedre muligheter til å bruke helsedata til styring, analyse og tjenesteutvikling. I dag er denne muligheten ofte begrenset av manglende tilgang til sammenstilte og relevante data. Hvor stor nytten blir, avhenger derfor av hvordan tilgangen til data organiseres.

Samtidig er det ikke gitt at EHDS automatisk gir kommunene bedre tilgang til data de kan bruke lokalt. Slik sekundærbruk foreløpig er skissert, legges det opp til nasjonal tilgangsforvaltning, der bruk av helsedata må godkjennes gjennom en søknadsbasert og formålsstyrt prosess. Det kan bety at kommunene må forholde seg til nye prosesser for tilgang til data, uten at det foreløpig er avklart hvilken tilgang de selv får til data for styring og analyse.

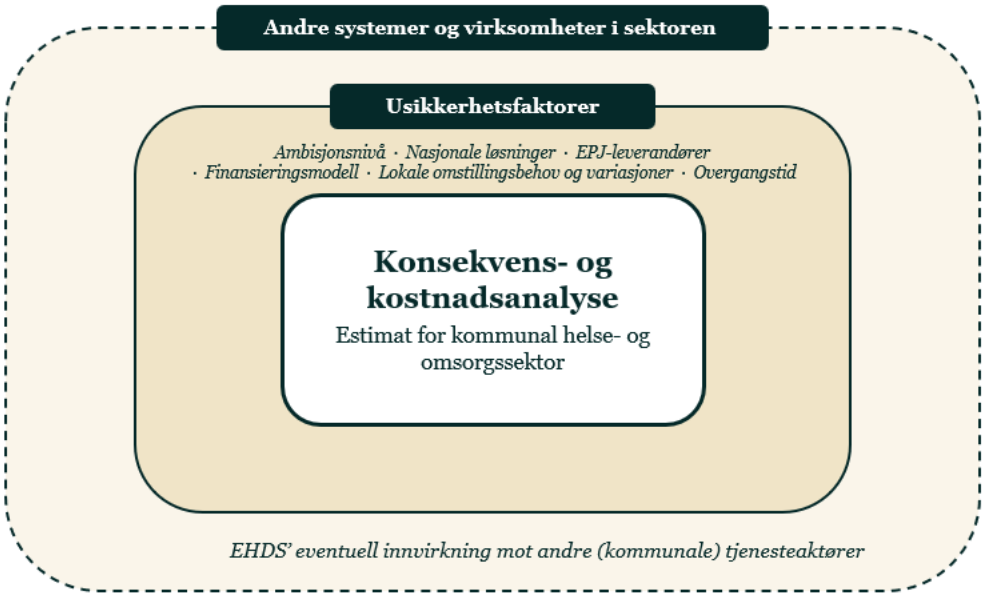
Dersom kommunene bare i begrenset grad får tilgang til sammenstilte data, kan nytten av EHDS bli mindre for kommunesektoren. Det kan også øke behovet for egne eller felles kommunale løsninger som sikrer tilgang til relevante data for lokal styring, analyse og tjenesteutvikling. Slike løsninger kan gi økte kostnader og mer kompleks organisering, og må ses i sammenheng med nasjonale føringer og ansvarsdeling.

5.5 Samlet vurdering

Hvor krevende EHDS blir for kommunene, avhenger av flere forhold samtidig: hvor bredt EHDS treffer kommunale tjenester og systemer, hvor mye som løses nasjonalt, hvordan EPJ-leverandørene håndterer kravene, og hvordan kostnadene fordeles. Innføringen blir mer håndterbar dersom den avgrenses til en minimumsløsning, nasjonale løsninger fungerer som reell avlastning og leverandørene håndterer kravene gjennom standardiserte oppgraderinger. Da kan EHDS i større grad håndteres som del av digitaliseringsarbeid som allerede er i gang, heller enn som en separat og uforutsigbar kostnadsdriver. Motsatt blir innføringen mer krevende dersom flere av disse forutsetningene ikke holder. Da kan kommunene måtte håndtere mer av innføringen lokalt, med høyere kostnader og større gjennomføringsrisiko.

Et annet forhold som kan påvirke de samlede konsekvensene for kommunene, men som ikke er vurdert nærmere i denne rapporten, er om EHDS også får betydning utenfor kommunal helse- og omsorgssektor. Dette kan for eksempel skje i grenseflater mot NAV eller andre velferdstjenester der helsedata inngår. Dersom slike grenseflater påvirkes, vil de samlede konsekvensene for kommunene kunne bli større enn det som fanges opp her. Figur 5-1 illustrerer både denne avgrensningen og de viktigste usikkerhetene som påvirker kostnadsestimatet.

Figur 5-1: Illustrasjon av avgrensning og usikkerhet i kostnadsanalysen



6 Anbefalinger for kommunesektorens håndtering av EHDS

6.1 Anbefalinger

Anbefalingene nedenfor er sortert slik at de tre første gjelder EPJ og leverandørdialog. EPJ er det viktigste systemområdet for kommunene, men anbefalingene er også relevante for andre systemer som kan omfattes av EHDS-kravene. Etter vår vurdering er det de viktigste enkelttiltakene for at kommunene skal stå godt rustet uavhengig av hvilken retning innføringen tar. De tre neste gjelder oppfølging av nasjonale fellesløsninger, kompetanse, arbeidsprosesser og interkommunalt samarbeid, mens de to siste handler om økonomisk handlingsrom og om å fortsette å bidra aktivt i utformingen av de nasjonale rammene som ennå ikke er på plass.

1. **Kartlegg EPJ-status og gap mot EHDS-kravene**
   Gjennomfør en systematisk gapanalyse av dagens EPJ-løsninger opp mot kjente EHDS-krav, inkludert krav til interoperabilitet, logging, sikkerhet, testing og selvdeklarering. Kartleggingen bør også vurdere hvilke krav til standarder og kodeverk som må håndteres direkte i kommunale systemer, og hvilke som kan løses sentralt. Dette gir et nødvendig faktagrunnlag for å vurdere om eksisterende leverandørkontrakter er tilstrekkelige, eller om det er behov for justeringer, tilleggsbestillinger eller nye anskaffelser. Kommuner som nylig har gjort store EPJ-investeringer er særlig avhengige av en slik kartlegging for å vite hvor de står.
2. **Still tydelige EHDS-krav i alle pågående og kommende EPJ-anskaffelser**
   Kommuner som ennå ikke har landet leverandør, bør sørge for at kontrakten eksplisitt stiller krav om EHDS-tilpasning. KS' felles rammer og anbefalinger gir konkrete råd om hva kommunene bør kreve. Krav som er kontraktfestet tidlig, blir vesentlig billigere enn endringer som må forhandles inn underveis. Et konkret eksempel på formulering av krav finner vi for eksempel i anskaffelsen til Lillestrøm m.fl.: «Tilbudt løsning må oppfylle og ivareta kravene som stilles til EPJ gjennom EHDS-forordningen (Europeisk helsedataområde). Beskriv hvordan leverandøren holder seg oppdatert på de pågående forhandlingene, og hvordan det planlegges for å imøtekomme de kommende kravene.»[21]
3. **Følg opp EPJ-leverandørenes utviklingsplaner**
   EPJ-leverandørenes evne til å rulle ut standardiserte og skalerbare tilpasninger er avgjørende for hvor store kostnadene blir. Kommunene må gå i tett dialog med leverandørene for å avklare hva som inngår i eksisterende vedlikeholdsavtaler, hva som faktureres separat, og hvilken fremdrift som er realistisk. Dette gjelder særlig kravene knyttet til e-resept, pasientoppsummering og europeiske dataformater.
4. **Følg aktivt med på Norsk helsenetts overgangsløsninger**
   Hvor robuste og langvarige NHNs overgangsløsninger blir, er en av de mest avgjørende faktorene for kommunenes samlede kostnadsbilde. KS og kommunene bør aktivt følge med på hva som faktisk besluttes utviklet og levert av NHN, og bruke dialogen til å sikre at løsningene blir hensiktsmessige for kommunesektoren. Kommunene blir den største brukergruppen for disse fellesløsningene, og brukermedvirkningen bør reflektere det.
5. **Bygg intern EHDS-kompetanse i ledelse og fagmiljøer**
   Selv ved en minimal innføring krever EHDS en grunnleggende forståelse hos kommuneledelse, IT-ansvarlige, systemforvaltere og nøkkelpersonell i helse- og omsorgstjenesten. Kompetansen må være på plass før kravene begynner å treffe driften, slik at kommunene kan ta informerte valg om systemer, kontrakter og prioriteringer underveis.

[21] Lillestrøm kommune, u.å.

6. **Planlegg opplæring og endring av arbeidsprosesser tidlig**
   Nye dokumentasjonskrav, kodeverk og måter å dele informasjon på vil treffe den daglige arbeidsflaten for helsepersonell. Kommunene bør planlegge opplæring og prosessendringer i god tid, slik at omstillingen kan skje gradvis. Dette reduserer både kostnader og risiko.
7. **Samarbeid på tvers av kommuner og koordinering gjennom KS**
   Mange av oppgavene rundt EHDS er for store og spesialiserte til at den enkelte kommune kan løse dem alene. Kommunene bør utnytte interkommunale samarbeid (som blant annet er etablert i forbindelse med anskaffelse av EPJ) og KS' fellesløsninger til å dele kompetanse og koordinere leverandørkrav. Dette er særlig viktig for små og mellomstore kommuner som ellers vil ha begrenset kapasitet til å følge opp et regelverk av dette omfanget.
8. **Sett av midler til EHDS og sørg for noe fleksibilitet i økonomiplanene**
   Omfanget av kostnadene avhenger av faktorer som ennå ikke er avklart, men det er sannsynlig at det kommer kostnader til opplæring, prosessendringer og tekniske tilpasninger uavhengig av hvilken retning innføringen tar. Kostnadsanalysen vår anslår at kommunesektoren kan bli belastet med 0,7-1,6 milliarder kroner i første fase, hvorav en betydelig del er knyttet til opplæring og arbeidsprosesser. Selv om disse anslagene er usikre, viser de at det med stor sannsynlighet vil komme kostnader til opplæring, prosessendringer og tekniske tilpasninger uavhengig av hvilken retning innføringen tar. Samtidig er det slik at kommunene allerede har bundet over fire milliarder kroner i pågående EPJ-anskaffelser, og at EHDS-kostnadene kommer i tillegg til disse, ikke i stedet for. Kommunene bør derfor sette av midler i økonomiplanene og bygge inn fleksibilitet til å håndtere ekstrakostnader de kommende årene. Samtidig bør KS og kommunene løfte spørsmålet om finansiering av merkostnader, og prinsippet om at nasjonale krav skal følges av nasjonal finansiering, inn i den løpende dialogen med staten.
9. **Bidra aktivt i utformingen av nasjonale valg og løsninger – både for første fase og for fasen etter 2031, og særlig i utformingen av finansieringsmodellen**
   EHDS-innføringen vil pågå over et langt tidsløp, men mange av de viktigste rammene sette nå de kommende månedene. KS og kommunenes dialog med myndighetene blir viktig. For den første fasen frem mot 2031 handler det om å påvirke konkrete veivalg som har stor betydning for kommunenes kostnadsbilde: hvilke felleskomponenter Norsk helsenett faktisk skal utvikle, hvor lenge nasjonale overgangsløsninger skal bestå, hvilke krav som stilles til EPJ-leverandørene, og hvordan veiledning og standardisering innrettes. KS og kommunene bør samtidig arbeide for at EHDS ikke behandles som en isolert helsesektorløsning, men ses i sammenheng med bredere europeiske rammer for digital identitet, fullmakter, innbyggerkontroll og grensekryssende datadeling. Dette kan redusere risikoen for at kommunene må forholde seg til flere parallelle løsninger, med økt kompleksitet og høyere kostnader. Kommunesektoren er den største brukergruppen for disse løsningene, og bør sikre seg formelle og uformelle kanaler for å gi innspill til hvordan minimumsløsningen utformes i praksis.
10. **Posisjoner sektoren for å hente nytte av sekundærbruk**
    EHDS pålegger kommunene nye oppgaver som helsedatainnehavere, men gir også et potensial for at kommunene selv får bedre tilgang til sammenstilte data for styring, analyse og tjenesteutvikling. Som drøftet i kapittel 5 er det foreløpig ikke avklart hvor god denne tilgangen blir for kommunene selv. KS og kommunene bør derfor allerede nå arbeide for at det norske sekundærbrukregimet utformes slik at også kommunesektoren får tilgang til relevante data, og bygge intern kompetanse på datadrevet styring slik at sektoren faktisk er i stand til å bruke denne tilgangen når den kommer. Uten et slikt aktivt grep risikerer kommunene å bli stående igjen med pliktene knyttet til sekundærbruk, uten fullt ut å få ta del i merverdien av økt datatilgjengelighet.

Samtidig bør KS og kommunene gjøre sektorens interesser gjeldende også for kravene som kommer etter 2031, særlig knyttet til sekundærbruk av helsedata. Konsekvensene av denne fasen kan bli vel så

store som for primærbrukskravene som kommer først, og innretningen risikerer å bli låst før kommunene har kommet til orde dersom sektoren ikke engasjerer seg tidlig.

På finansieringssiden er behovet for tidlig involvering særlig viktig. Kostnadsanalysen i denne rapporten anslår samlede investerings- og driftskostnader i første fase til 1,4-3,3 milliarder kroner, hvorav kommunesektoren kan bli belastet med 0,7–1,6 milliarder kroner avhengig av løsningsvalg og finansieringsmodell. Hvordan denne regningen fordeles, er foreløpig ikke avklart, og KS bør arbeide aktivt for å påvirke modellen langs minst tre dimensjoner:

For det første bør KS arbeide for at EHDS-relaterte merkostnader hos Norsk helsenett finansieres gjennom direkte statlige tilskudd, og ikke gjennom den etablerte fordelingsmodellen der kommunene i dag dekker om lag en tredjedel av NHNs kostnader. Uten en slik tilskuddsmodell vil økte kostnader hos NHN i praksis bli sendt videre til kommunene, selv om kostnadene gjelder nasjonal infrastruktur som staten har det overordnede ansvaret for.

For det andre vil det bli viktig for kommunesektoren at finansieringsprinsippet mellom staten og kommunesektoren som gjelder i dag får betydning for EHDS: Når EHDS pålegger kommunene konkrete nye eller utvidede oppgaver, som datainnehavere, gjennom tilpasning av EPJ-systemer, endrede arbeidsprosesser, opplæring og håndtering av innbyggerrettigheter, bør hovedprinsippet være at staten kompenserer sektoren for merkostnadene. Dette gjelder også kostnader til opplæring, endringsledelse, mer strukturert dokumentasjon og rettighetshåndtering, som i stor grad bæres lokalt og som ellers vil gå på bekostning av det øvrige tjenestetilbudet.

For det tredje bør KS arbeide for at finansieringsmodellen avklares før implementeringen for alvor settes i gang i 2027-2029. Uten en tidlig avklaring øker risikoen for uensartet gjennomføring, for at enkelte kommuner ikke makter å oppfylle kravene innen frist, og for at de samlede kostnadene blir høyere enn under en koordinert nasjonal finansieringsmodell. Kommunenes interesse er sammenfallende med statens her: en tydelig og forutsigbar finansieringsmodell reduserer både risiko og samlede kostnader.

6.2 Veikart for kommunesektoren

Anbefalingene over kan i noen grad knyttes til de ulike fasene for innføring av EHDS i Norge, fra 2026 og frem mot 2040. Noen er viktigst nå, mens andre slår først inn etter at gjennomføringsrettsakter fra EU foreligger for de ulike delene av EHDS, og etter at nasjonale valg faktisk er tatt. I dette delkapitlet samler vi anbefalingene i et veikart langs EHDS-tidslinjen inndelt i fire faser, og knytter hver fase til de usikkerhetsdimensjonene som er mest fremtredende i den aktuelle perioden.

Fase 1: Etableringsfasen (2026-2027)
EU forventes å fastsette gjennomføringsrettsakter i 2027 som vil konkretisere flere av kravene som i dag er uavklart. Norske myndigheter vil i samme periode ta stilling til omfang og innretning av NHNs overgangsløsninger, og lovforslaget for gjennomføring av EHDS i norsk rett skal sendes på høring. Parallelt anskaffer eller implementerer rundt 200 kommuner moderne EPJ, mens et betydelig antall kommuner ennå ikke er i gang med å innføre nye EPJ-løsninger.

I denne fasen er det særlig to usikkerhetsdimensjoner som er viktige: myndighetenes ambisjonsnivå og gapet mot referansebanen. Ambisjonsnivået er sentralt her fordi det er nå det formes. Politiske og forvaltningsmessige beslutninger om hvordan EHDS skal løses i Norge tas i denne perioden. Gapet mot referansebanen er viktig fordi det er nå dagens systemer faktisk skal måles opp mot EHDS-kravene,

gjennom anskaffelser og gapanalyser, og det er nå ferdigstillelsen av sentrale infrastrukturelementer i nasjonal e-helsestrategi skal i mål.

For kommunesektoren betyr dette at fire av anbefalingene har høyest prioritet i denne fasen. Kartlegging av EPJ-status og gapanalyse mot EHDS-kravene (anbefaling 1) gir det nødvendige faktagrunnlaget for alle senere beslutninger og vil være en forutsetning for at de øvrige anbefalingene treffer presist i den enkelte kommune. Tydelige EHDS-krav i pågående og kommende EPJ-anskaffelser (anbefaling 2) er kritisk fordi krav som kontraktfestes nå, kan bli rimeligere enn endringer som må forhandles inn senere. KS og kommunene har allerede igangsatt relevante tiltak på dette området, blant annet arbeid med felles rammer og anbefalinger, felles leverandørdialog, selvdeklarering og godkjenningsordninger. Bygging av intern EHDS-kompetanse (anbefaling 4) må starte i denne fasen for å gi kommunene grunnlag for å ta informerte valg om bl.a. systemer og kontrakter underveis. Kommunesektorens engasjement i utformingen av nasjonale valg og finansieringsmodell (anbefaling 8) er opplagt viktig nå, fordi det er i denne fasen handlingsrommet for påvirkning er størst.

Fase 2: Forberedelsesfasen (2028-mars 2029)
I denne fasen skifter fokuset fra utforming av rammeverk til faktisk gjennomføring. Gjennomføringsrettsaktene fra EU foreligger og konkretiserer kravene. NHN viser hva de faktisk klarer å levere av nasjonale fellesløsninger og overgangsmekanismer. EPJ-leverandørene må bevise at de kan rulle ut tilpasninger som standardiserte oppgraderinger. Vi får de første svarene på hvordan samhandlingen med MyHealth@EU og nasjonalt kontaktpunkt fungerer, og kommunene skal forberede idriftsettelse av e-resept og pasientoppsummering for grensekryssende bruk fra mars 2029.

Tre usikkerhetsdimensjoner er særlig sentrale: helseforvaltningens rolle, overgangsperiodens lengde, og leverandørenes evne til å levere. Det er nå det avgjøres om kommuner som ikke har modernisert sine EPJ-systemer faktisk får en lang og myk overgang ved hjelp av NHNs mellomløsninger, eller om overgangsperioden i praksis blir kortere fordi de disse løsningene i praksis ikke leverer helt i henhold til det som var forutsatt.

Tre anbefalinger har særlig høy prioritet i denne fasen. Aktiv oppfølging av EPJ-leverandørenes utviklingsplaner (anbefaling 3) er avgjørende, særlig knyttet til e-resept, pasientoppsummering og europeiske dataformater. Aktiv oppfølging av NHNs overgangsløsninger (anbefaling 8) er også viktig i denne fasen. Kommunene bør forvente at de som den største brukergruppen får reell brukermedvirkning i hva som faktisk utvikles og leveres. Tidlig planlegging av opplæring og endring av arbeidsprosesser (anbefaling 5) må startes nå, slik at omstillingen kan skje gradvis frem mot ikrafttredelsen i 2029.

Fase 3: Innføringsfasen (mars 2029-2031)
I denne fasen treffer kravene den daglige driften. E-resept og pasientoppsummering skal være digitalt tilgjengelig, seks obligatoriske seksjoner i pasientoppsummeringen skal være på plass, innbyggers digitale rettigheter skal gjelde, og første del av sekundærbruksregimet trer i kraft. Kommunene blir reelt sett målt på etterlevelse, og kostnader knyttet til opplæring, endringsledelse, mer strukturert dokumentasjon og rettighetshåndtering.

Tre usikkerhetsdimensjoner er sentrale her: opplærings- og omstillingskostnader, bredden i nedslagsfeltet og igjen helseforvaltningens rolle, nå særlig knyttet til hvor godt nasjonale fellesløsninger faktisk fungerer i praksis. Som tidligere påpekt er dette dimensjonen som i minst grad kan reduseres med nasjonale løsninger fra helseforvaltningen. Nye dokumentasjonskrav, kodeverk og rettighetshåndtering skal faktisk innføres i tjenesten, selv om det fortsatt er usikkert hvor omfattende dette arbeidet blir for kommunesektoren.

Anbefalingene som er viktig i denne fasen er gjennomføringen av tidlig planlagt opplæring og prosessendring (anbefaling 5), interkommunalt samarbeid om de oppgavene som er for store for den enkelte kommune (anbefaling 6), og økonomisk handlingsrom som gjør det mulig å håndtere økte kostnader på toppen av EPJ-anskaffelser (anbefaling 7). Kostnadsanalysen anslår at kommunesektoren kan bli belastet med 0,7-1,6 milliarder kroner i denne første fasen, og selv det nedre estimatet krever rom i økonomiplanene som må være på plass før kostnadene faktisk inntreffer.

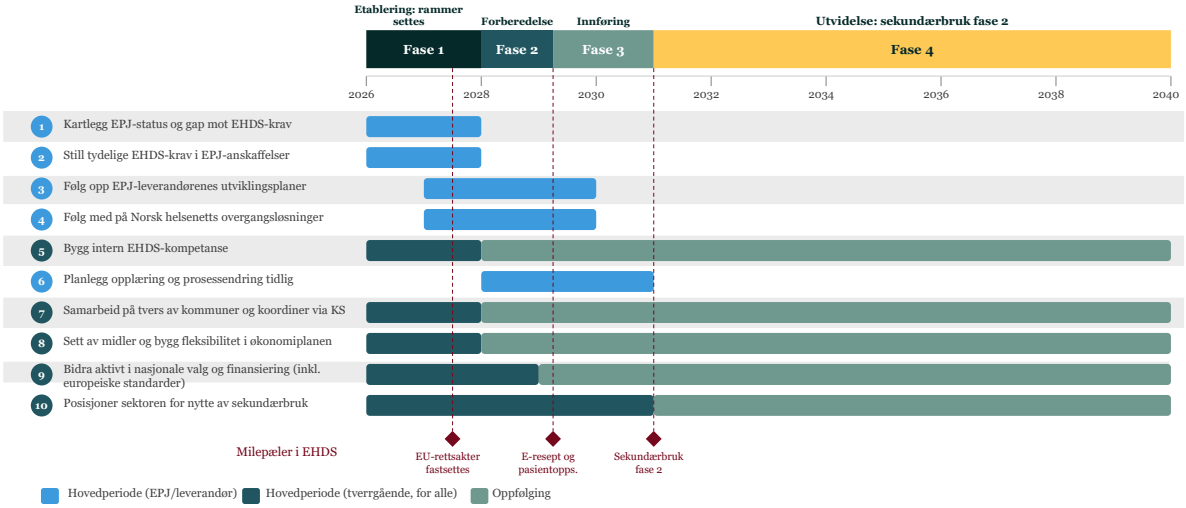
Fase 4: Utvidelsesfasen (2031 og videre frem mot 2040)
Denne fasen har vi i mindre grad kunnet analysere konkret i denne rapporten, fordi helsemyndigheters løsninger på kravene som kommer etter 2031 ennå ikke er utformet. Det er likevel klart at sekundærbruk skal utvides fra 2031, til å omfatte blant annet sosioøkonomiske og miljømessige faktorer, genetiske og genomiske data og data fra kliniske studier. Det er også klart at konsekvensene for kommunesektoren av denne fasen kan bli vel så store som for første fase, kanskje større.

To dimensjoner blir særlig viktige i denne fasen: bredden i nedslagsfeltet, som vokser markant når nye datatyper og fagsystemer trekkes inn, og gapet mot referansebanen, fordi den utvidede bredden treffer fagsystemer som ofte har lavere digital modenhet enn EPJ-systemene i fastlegevirksomheten. Dertil kommer det også et mer grunnleggende spørsmål om kommunenes egen tilgang til data som forvaltes sentralt, og om dette vil utløse behov for egne eller felles kommunale løsninger.

To anbefalinger er sentrale her, og den ene er viktig allerede i fase 1 og 2 for å kunne ha effekt inn i fase 4. Kommunesektorens bidrag i utformingen av løsningene knyttet til kravene som kommer etter 2031 (anbefaling 8) må komme tidlig nok, før innretningen er låst. Dette betyr i praksis at KS har et tidsvindu på ca. to år, fra nå til 2028. Interkommunalt samarbeid og innsats gjennom KS (anbefaling 6) blir også svært viktig i denne siste fasen, fordi de oppgavene som kommer, knyttet til datainnehaverrollen, datatilgang og forvaltning av sekundærbruksdata, er såpass komplekse at de fleste kommuner ikke kan løse dette alene.

Oppsummering av veikartet
Anbefalingene over er relevante for ulike deler av EHDS-løpet. Noen er viktigst nå, mens andre slår først inn etter at gjennomføringsrettsakter fra EU foreligger og nasjonale veivalg er tatt. Veikartet i Figur 6-1 følger EHDS-tidslinjen fra 2026 til 2040 og viser når de ulike anbefalingene er mest tidskritiske. Tabell 6-1 oppsummerer hovedfokus, usikkerhetsdimensjoner, prioriterte anbefalinger og sentrale forutsetninger i hver fase.

Figur 6-1: EHDS-veikart for kommunesektoren



Tabell 6-1 oppsummerer veikartet: hovedfokus i hver fase, hvilke usikkerhetsdimensjoner som er mest fremtredende, hvilke av de ti anbefalingene som har høyest prioritet, og hvilke forutsetninger som må falle på plass for at fasen skal kunne gjennomføres som forutsatt.

Tabell 6-1: Utdyping av EHDS-veikartet

Fase	Hovedfokus	Usikkerheter	Anbefalinger	Forutsetninger
Fase 1: Etablering 2026- 2027	Rammer settes: lovforslag på høring, EU-rettsakter konkretiseres, mange EPJ-anskaffelser pågår parallelt	Ambisjonsnivået i den norske gjennomføringen; gapet mellom dagens utviklingsbane og EHDS-kravene	Kartlegging og krav i anskaffelser (1, 2); kompetansebygging (5); engasjement i nasjonale valg og europeiske standarder (9); posisjonering for sekundærbruk (10)	Finansierings-modellen mellom stat og kommunesektor avklares
Fase 2: Forberedelse 2028- mars 2029	Gjennomførings-rettsakter foreligger, NHN-løsninger leveres, EPJ-leverandører viser hva de faktisk klarer å rulle ut	Helseforvaltningens avlastende rolle; overgangsperiodens reelle lengde; EPJ-leverandørenes leveranseevne	Oppfølging av leverandører (3) og NHN (4); planlegging av opplæring og prosessendring (6)	EPJ-leverandørene leverer standardiserte tilpasninger til akseptabel kostnad
Fase 3: Innføring mars 2029- 2031	Kravene treffer den daglige driften: e-resept, pasientopp-summering, innbyggerrettigheter og første del av sekundærbruksregimet	Omfanget av opplærings- og omstillings-kostnader; bredden i EHDS' nedslagsfelt i kommunale systemer	Gjennomføring av opplæring (6); interkommunalt samarbeid (7); økonomisk handlingsrom (8)	NHNs fellesløsninger fungerer som reell avlastning
Fase 4: Utvidelse 2031- 2040	Sekundærbruks-regimet utvides til nye datatyper og fagsystemer; konverterings-løsningene må håndteres på lengre sikt	Bredden i nedslagsfeltet vokser; gapet mot referansebanen øker når mindre digitalt modne fagsystemer trekkes inn	Interkommunalt samarbeid (7); fortsatt påvirkning av nasjonale rammer (9); nytte av sekundærbruk (10)	Forutsigbarhet om innretningen av sekundærbruk-regimet og om overgangen ut av konverterings-løsningene

Referanser

Dokumentasjon, møteunderlag og presentasjoner fra møter med Helsedirektoratet, Norsk helsenett og Folkehelseinstituttet om første fase av norsk innføring av EHDS.

Deloitte. (2023). Preliminary cost estimates of implementing the EHDS regulation in Denmark [Upublisert rapport]. Sundhedsdatastyrelsen.

E-hälsomyndigheten. (2025). Etableringen av en nationell digital infrastruktur i hälso- och sjukvården och för primäranvändningen enligt EHDS-förordningen.

European Commission. (2024). Questions and Answers on the European Health Data Space. https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/qanda_24_2251. Sist besøkt 13.05.2026

Helse- og omsorgsdepartementet. (2026). Forordning om det europeiske helsedataområdet (EHDS). https://www.regjeringen.no/no/sub/eos-notatbasen/notatene/2022/juni/forslag-til-forordning-om-det-europeiske-helsedataomradet-ehds/id3014792/. Sist besøkt 13.05.2026

Helsedirektoratet. (2025). EHDS konsekvensvurdering - Gapanlyse pr. 11. april 2025.

Helsedirektoratet. (u.å.-a). Pasientens legemiddelliste. https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/pasientens-legemiddelliste. Sist besøkt 13.05.2026

Helsedirektoratet. (u.å.-b). Om multidose og de faglige rådene. https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/multidose. Sist besøkt 13.05.2026

Helsedirektoratet. (u.å.-c). Veikart for nasjonal e-helsestrategi. https://www.helsedirektoratet.no/digitalisering-og-e-helse/veikart-for-nasjonal-e-helsestrategi/kommuner-og-fylkeskommuner. Sist besøkt 13.05.2026

Helsedirektoratet. (u.å.-d). MyHealth@EU: Nasjonalt kontaktpunkt og visning av helseopplysninger om europeiske borgere. https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/internasjonalt-samarbeid/myhealth-eu-nasjonalt-kontaktpunkt-og-visning-av-helseopplysninger-om-europeiske-borgere. Sist besøkt 13.05.2026

KPMG. (2025). Herijking Financiële impactanalyse European Health Data Space.

KS. (u.å.). Felles rammer og anbefalinger, oppdatert sommer -25. https://www.ks.no/contentassets/f8e4b665691d4e8a86e1f62a9a0dc78c/felles-rammer-og-anbefalinger-oppdatert-host-25.pdf. Sist besøkt 13.05.2026

Lillestrøm kommune. (u.å.). EPJ-samarbeidet. https://www.lillestrom.kommune.no/politikk-og-administrasjon/digitalisering-i-lillestrom-kommune/epj-samarbeidet/. Sist besøkt 13.05.2026

Medwatch. (2026a). EPJ-kartet nå: Aidn rykker frem. https://medwatch.no/nyheter/ehelse/article19197694.ece. Sist besøkt 13.05.2026

Medwatch. (2026b). EPJ-oversikten: Milliarder ute på anbud: – Jeg lurer på om det har gått litt for fort. https://medwatch.no/nyheter/ehelse/article18991612.ece. Sist besøkt 13.05.2026

Menon Economics

Menon Economics

Sørkedalsveien 10 B, 0369 Oslo

+47 909 90 102

post@menon.no

menon.no